Rok XLIX. Kraków, dnia 26. marca 1910. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Dalsze spostrzeżenia w sprawie leczenia płonicy surowicą [1]).

Podał

Dr Wincenty Puławski

(Radziejów, gubernia warszawska).

Spostrzegając w ciągu dalszym epidemię płonicy w roku bieżącym, miałem 18 nowych przypadków, leczonych surowicą, oraz 12 przypadków, leczonych metodą zwykłą. Ponieważ od połowy kwietnia r. b. [2]) nie było już ani jednego przypadku płonicy, należy czas ten uważać za koniec spostrzeganej epidemii; pospieszam przeto ogłosić resztę przypadków spostrzeganych, aby dopełnić całokształt charakteru całej epidemii. Spostrzeżenia tegoroczne, stanowiące drugą połowę epidemii, wskazują na stopniowe zmniejszanie się złośliwości choroby przed jej wygaśnięciem.

Spostrzegane 18 przypadków grupowało się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 11; dziewcząt 7.

II. Co do wieku:

0—1 = 1	7—8 = 1
1—2 = 2	10—11 = 1
2—3 = 4	12—13 = 1
4—5 = 5	21—22 = 1
6—7 = 2	

III. Co do dnia, w którym surowicę wstrzyknięto:

1—2	4—4
2—6	6—2
3—4	

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

20 ctm³	11
30 »	3
40 »	3
50 »	1

Wśród nich w czterech przypadkach z rozległem błonicowatem zapaleniem gardła wstrzykiwano również i surowicę przeciwbłoniczą w kombinacyach następujących:

20 cm³ + 1000 J.-O. = 2   50 cm³ + 2000 J.-O. = 1
30 » + 2000 » = 1

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo	14
2) dwukrotnie	4

VI. Białkomocz spostrzegano w jednym przypadku, co stanowi 6% ogólnej liczby z wyłączeniem śmiertelnych.

VII. Przypadki śmiertelne w rodzinach najbliższych, przed zachorowaniem spostrzeganych chorych, były w 8 przypadkach, co stanowi 44% ogólnej liczby.

VIII. Wysypkę posurowiczą spostrzegano w 6 przypadkach, co stanowi 38% ogólnej liczby, po wyłączeniu przypadków śmiertelnych. Wysypka zjawiała się pomiędzy 5. a 12. dniem po wstrzyknięciu jedynie tylko w postaci pokrzywki, najczęściej nie zlewającej się, wędrującej po powierzchni skóry w ciągu jednego do trzech dni; prócz lekkiego swędzenia nie przyczyniała ona żadnych innych dolegliwości.

IX. Co do przypadków śmiertelnych:

TABLICA I.

L. p.	Płeć	Wiek	Ilość wstrzykniętej surowicy	Ilość dawek	Na który dzień choroby wstrzyknięto	Dzień śmierci	Uwagi
1.	Z.	$4^1/_2$	40 cm³	2	6 i 8	21	Gruczoły szyjne, od początku nadmiernie powiększone, zlewające się w twarde konglomeraty, około 15. dnia choroby zropiały. Przecięcie obustronne; bardzo obfity wypływ ropy aż do śmierci. Otitis putrida bilateralis. Inanitio septica. Białkomocz 2% (Esbach) bez obrzęków.
2.	M.	2	50 cm³ + 2000 J.-O.	2	6 i 7	8	T. 180, ledwo wyczuwalne; C. 38·0°; nieprzytomny. Senność, b. rozległe błonicowate zmiany gardła i gruczoły silnie powiększone i stwardniałe. Mydriasis bez odczynu; wysypka sina, na kończynach marmurkowata, żółtaczkowa- Wstrzykiwanie surowicy i ol. kamfor. bez odczynu.

X. Współcześnie spostrzegałem 12 przypadków płonicy, nie leczonej surowicą; wśród nich ciężkich było 8, z których zmarło 5. Te przypadki śmiertelne zestawiam w drugiej tablicy.

XI. Współcześnie wstrzykiwałem surowicę zapobiegawczo w trzech przypadkach, zawsze z dobrym skutkiem. Wraz z poprzednimi trzema przypadkami stanowią one razem sześć przypadków. W celu bliższej charakterystyki tych sześciu przypadków, oraz dla łatwiejszej oryentacyi zestawiam je w tablicy trzeciej.

XII. Surowica przeciwpłonicza, stosowana przezemnie, pochodziła z pracowni Prof. O. Bujwida w Krakowie. Używano seryi z dnia 9. XI. 1908; działanie jej było identyczne z działaniem w roku ubiegłym w latach poprzednich. Uważam sobie za miły obowiązek na tem miejscu serde-

[1]) Patrz: Przegląd lekarski 1909, Nr 22. [2]) 1909.

cznie podziękować Prof. Bujwidowi za łaskawe ułatwienie mi stosowania surowicy w ilościach większych u ludzi z klas najbiedniejszych, które przeważnie niestety padają ofiarą najzłośliwszych postaci płonicy.

TABLICA II.

L. p.	Płeć	Wiek	Dzień śmierci	Powikłania lub objawy przedśmiertne	Uwagi
1	M.	6	15	Lymphadenitis colli abscedens bilateralis. Sepsis. Inanitio septica.	Objawy początkowe bardzo lekkie lub średnio ciężkie.
2	Ż.	2	11	Angina diphtheroides diffusa Lymphadenitis abscedens totius colli. Sepsis universalis.	
3	M.	3	25	Nephritis. Uraemia. Eclampsia uraemica. Oedema pulmonum et laryngis.	
4	M.	10	5	Lymphadenitis colli. Meningitis Coma.	Od początku beznadziejne.
5	Ż.	2	3	Sepsis universalis. Coma. Meningitis ante mortem.	

TABLICA III.

L. p.	Płeć	Wiek	Ilość wstrzykniętej surowicy w cm³	Wynik *)	Odczyn i objawy posurowicze
1.	M.	11	20	+	W cztery godziny po wstrzyknięciu C. 38·0⁰; w dwie godziny później 36·5⁰, obfite poty. Na piąty dzień pokrzywka nieobfita, wędrująca przez 3 doby.
2.	Ż.	5	10	+	W sześć godzin po wstrzyknięciu poty przy ciepłocie 37·0⁰. Pocenie się trwało przez kilka godzin z przerwami. Wysypki nie było.
3.	M.	2	10	+	W pięć godzin po wstrzyknięciu poty umiarkowane, kilkakrotne przez całą noc. Ciepłota prawidłowa. Wysypki nie było.
4.	M.	3	10	+	W sześć godzin po wstrzyknięciu obfite poty przez trzy godziny; ciepłota przy potach 36·2⁰. Wysypki nie było.
5.	Ż.	8	10	+	W 12 godzin po wstrzyknięciu poty umiarkowane w ciągu nocy z przerwami przy ciepłocie prawidłowej. Wysypki nie było.
6.	M.	12	20	+	W trzy godziny po wstrzyknięciu C. 38·2⁰; dwie godziny później 36·0⁰ przy obfitych potach, trwających całą noc. Szóstego dnia pokrzywka w ciągu dwóch dni.

Uwaga. Wśród najbliższego otoczenia były bardzo ciężkie i śmiertelne przypadki; zaraz po ich wystąpieniu lub w 2 do 3 dni później dokonano wstrzyknięć zapobiegawczych u dzieci, które przedtem i potem żyły w bliskiej styczności z chorymi.

---

*) W rubryce wynik znak + oznacza skutek dodatni, t. j. u danego osobnika płonica nie wystąpiła. Przypadki te nie zostały włączone w statystykę ogólną.

XIII. W czterech przypadkach z powodu rozległego i złośliwego błonicowatego zapalenia gardła zastosowałem leczenie skombinowane surowicą przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą. W jednym przypadku nie uzyskałem żadnego wyniku dodatniego, w trzech pozostałych natomiast skutek dodatni był nader szybki i bardzo pomyślny.

XIV. Zestawiając dane, otrzymane obecnie, z poprzednio ogłoszonemi (patrz Przegląd lek. r. 1909, Nr 22), przedstawiam następującą tablicę:

TABLICA IV.

Rok	Ilość ogólna przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	Dtto w %	Ilość przypadków ciężkich	Dtto w %	Śmiertelność ich w %	Uwagi
1908	20	12	60	15	75	80	Leczenie zwykłe
1909	12	5	42	8	66	63	
1908—1909	32	17	53	23	72	74	
1904—1907	48	20	41·6	28	58	71	
1904—1909	80	37	46	51	69	72	
1908	25	3	12	15	60	20	Leczenie surowicą
1909	18	2	11	10	55	20	
1908—1909	43	5	11·6	25	58	20	
1904—1907	69	10	14·5	35	50·7	28	
1904—1909	112	15	13	60	53·6	25	

Do przedstawionych tu danych uważam za konieczne dodać następujące uwagi:

1) Pozostawiając narazie na stronie pytanie, jakie błędy zawierać może statystyka, zbierana w podobny sposób, jak moja, jestem tego przekonania, że tylko wielka liczba przypadków, spostrzeganych podczas wielu różnych epidemii i wśród najróżnorodniejszych warunków, może dać »optimum« przybliżenia, oraz »minimum« błędów, zatem wyniki najbardziej wiarygodne i najwięcej zbliżone do istotnego stanu rzeczy, resp. działania surowicy przy płonicy. Postulat ten usprawiedliwia mnie w tem, że tak skwapliwie stosuję leczenie i ogłaszam wyniki leczenia płonicy surowicą, w której mam nadzieję z czasem znaleść sposób ratunku dla tylu beznadziejnych przypadków epidemii, pochłaniającej w życiu wiejskiem nieraz sześcioro i więcej dzieci w jednej rodzinie i podczas jednej kilkumiesięcznej epidemii, co niejednokrotnie miałem sposobność spostrzegać w ciągu ubiegłych dwudziestu lat mej praktyki lekarskiej. Sądzę, że ta okoliczność służyć mi może za najlepszą obronę przeciw mogącemu powstać zarzutowi jednostronności w danym kierunku.

2) Pomimo wszystkich warunków, najbardziej niedogodnych zarówno dla stosowania surowicy, jak i dla dokonywania spostrzeżeń w mej praktyce, nie mówiąc już o tem, że 75% moich chorych, wchodzących w statystykę, należało do sfer najbiedniejszych ludności wiejskiej i mało-

miasteczkowej, otrzymane wyniki ostateczne, jak widzimy, są po trzykroć lepsze przy leczeniu surowicą, niż przy leczeniu metodą zwykłą. Te bezwzględnie pomyślne wyniki dodatnie są dla mnie bodźcem i zachętą do dalszego stosowania surowicy przy płonicy, oraz upoważniają mnie do ich ogłaszania w tem przekonaniu i celu, że z biegiem czasu z małych liczb, jakiemi dotąd rozporządzam, stworzą się większe, mogące zaważyć i na terenie szerszym, gdzie wszyscy nieomal klinicyści-pedyatrzy, pracujący w dziedzinie seroterapii, przyznają surowicom przeciwpłoniczym działanie dodatnie. Brak szerszego poparcia w tym kierunku i pewien stopień wahania przypisać należy tej okoliczności, że używana tam surowica Mosera i analogiczne do niej muszą być stosowane dla wywołania dodatniego skutku w ilościach bardzo znacznych, n. p. 200 do 500 cm^3 w przypadkach lżejszych lub średnio ciężkich. Wpływa to zniechęcająco nawet na zwolenników seroterapii raz z powodu utrudnienia techniki wstrzykiwania, a powtóre z powodu obawy przed powikłaniami posurowiczemi, mogącemi łatwiej występować w postaciach cięższych po zastosowaniu tak wielkich dawek surowicy, bądź co bądź dla ustroju nie obojętnej. Ja osobiście zarówno przy płonicy, jak i przy błonicy, trzymam się zasady, aby, o ile można, zbytnio nie podnosić dawek surowicy zarówno jednorazowych, jak i wielokrotnych, a może dzięki temu właśnie otrzymuję wyniki zadowalniające.

3) Brak dotąd pewnych danych bakteryologicznych o zarazku płonicy, mógłby być pozornie słusznym zarzutem przeciw używaniu surowicy takiej, jaką w danej chwili mogą wytwarzać pracownie serologiczne. Lecz zarzut ten zdaniem mojem powinien upaść już choćby z tego względu, że wszystkie dotąd stosowane metody leczenia płonicy okazały się bezsilne przeciw tej pladze wieku dziecięcego, wyrządzającej większe szkody, niż osławione, a rzadko u nas spotykane: dżuma i cholera, razem wzięte. Taki stan rzeczy wymaga koniecznie bezustannego szukania nowych dróg, mogących doprowadzić do pożądanego celu, a wśród nich metoda leczenia płonicy surowicą wydaje się być drogą najwięcej, jeżeli nie jedynie, racyonalną. To zniewala nas narazie do zadowolnienia się takim środkiem, jaki w danej chwili może być przez pracownie serologiczne dostarczony w postaci najlepszej, nim nadejdzie upragniona chwila zastąpienia go doskonalszym, czy też najdoskonalszym i swoistym w ścisłem znaczeniu tego wyrazu.

Nadesłane przez Komitet łódzki 30. XII. 1909.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

Dr Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

Grupa I.

1. Czerwic (tasiemiec przewiercony). E. M., l. 21, wstąpiła do kliniki dyagnostycznej 25. XI. 1902 r. Choruje już od lat kilku: od czasu do czasu spostrzega w kale białe kawałeczki, oprócz tego uskarża się na uczucie ssania pod piersiami, brak łaknienia i bole głowy.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Serce, płuca i narządy jamy brzusznej zmian nie przedstawiają. Dobowa ilość moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1·015, odczyn kwaśny, barwy według Vogla II, białka i cukru niema, w osadzie niema nic chorobowego. W kale jaja i członki tasiemca przewierconego.

Podano wyciąg eterowy paproci i dnia następnego tasiemiec wyszedł całkowicie. Stan podmiotowy zadawalniający. W moczu nic chorobowego. 2. XII. za zgodą chorej wstrzyknięto jej 50 ctm. sz. 3% rozczynu żelatyny. Przez 6 godzin po wstrzykiwaniu niewielkie dreszcze i podniesienie się ciepłoty ciała do 38·7°. 3. XII., 4. XII. i 5. XII. w moczu nic chorobowego.

W danym przypadku przy nerkach zdrowych po wstrzyknięciu żelatyny nie nastąpiły żadne zmiany w moczu.

2. Krwawiączka. Sz. A., l. 19, wstąpiła do kliniki dyagnostycznej 26. I. 1903 r. Trzeci dzień cierpi na krwawienie z nosa, którego niczem nie może powstrzymać. Na krwawienie z nosa cierpi często i wogóle zauważyła, że jeżeli się skaleczy, krew zatrzymać trudno. Od wczoraj rozwolnienie.

Skóra i widzialne błony śluzowe wybitnie blade. W żyłach jarzmowych buczenie. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. W nosie dużo strupów, które łatwo oddzielają się, błona śluzowa pod nimi krwawi. Dobowa ilość moczu 600 ctm. sz., c. g. 1·020, barwa według Vogla IV, odczyn kwaśny, białka i cukru niema; w osadzie z rzadka spotykają się czerwone ciałka krwi, dużo ciałek białych, wałeczków niema, nabłonka z dróg moczowych i pochwy, oraz śluzu dość dużo. Wypróżnienia 4 razy na dobę, płynne.

27. I. wstrzyknięto 200 ctm. sz. 3% rozczynu żelatyny i podano wewnętrznie 20·0 żelatyny. Po 4 godzinach po wstrzykiwaniu podniesienie się ciepłoty do 38·1°. 28. I. moczu 450 ctm. sz., c. g. 1·020, odczyn kwaśny, białka nie ma, w osadzie bardzo rzadko czerwone ciałka krwi. W nocy i dziś zrana krwawienia z nosa nie było. W nosie dużo strupków i skrzepów krwi. Okolica wstrzykiwania obrzmiała i bolesna. Podano wewnętrznie 20·0 żelatyny. 29. I. Moczu 400 ctm. sz., c. g. 1.021, białka 0·03‰, w osadzie wałeczków niema, krwinki czerwone spotyka się, lecz rzadko. Krwawienia z nosa nie było. Stolec 6 razy na dobę. Zaczerwienienia i obrzmienia w okolicy wstrzykiwania niema. Podano wewnętrznie 20·0 żelatyny. 30. I. Mocz 200 ctm. sz., c. g. 1.022, białka 0·03‰, w osadzie ani wałeczków, ani krwinek czerwonych niema. Krwawienia z nosa nie było. Stolec 10 razy na dobę, płynny. Podano makowiec (0·01) z bizmutem (0·3). 31. I. Mocz 500 ctm. sz., c. g. 1.020, białka 0·06‰, w osadzie nic chorobowego. Stolec 7 razy na dobę. 1. II. Mocz 400 ctm. sz., c. g. 1.020, białka 0·06‰, w osadzie nic chorobowego. Stolec 6 razy na dobę. Chora opuściła klinikę.

W danym przypadku już na drugi dzień po wstrzyknięciu żelatyny, zjawiło się w moczu białko. Wpływu wstrzyknięcia żelatyny na ilość i ciężar gatunkowy moczu, z powodu rozwolnienia, zauważyć nie można. Czerwone ciałka krwi w moczu prawdopodobnie nie pochodziły z nerek i znikły z moczu 4. dnia. Chorej oprócz podskórnego wstrzyknięcia żelatyny podawano żelatynę jeszcze wewnętrznie przez 3 dni. Krwawienie z nosa ustąpiło odrazu.

3. Tętniak łuku tętnicy głównej. J. W., l. 32, wstąpił do kliniki 21. X. 1908. Od roku uskarża się na kaszel i duszność, która zjawiała się na razie tylko przy wstępowaniu na schody, a ostatnimi czasy już przy najmniejszem szybszem poruszeniu. Początek choroby łączy się z zaziębieniem. W lutym r. b. przyłączyła się do tego chrypka, która z początku to ustępowała, to powracała, wreszcie pozostała stale. Chrypka po wzruszeniach wzmaga się. W r. 1900 przebył chory kiłę, na którą leczył się niedbale. Wyskoku nie nadużywał, dziedzicznie nie obciążony.

Pałeczkowate zgrubienie ostatnich członków palców na rękach, a po części i na nogach. Zgrubienia te znacznie większe na prawej ręce, która także i cała jest nieco grubsza, aniżeli lewa. Gruczoły tarczowy i chłonne nie powiększone. Objaw Oliver-Cardarelliego. Odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. Nad szczytem lewym odgłos opukowy wyższy, aniżeli po stronie prawej. Oddech w lewym dołku nadobojczykowym oskrzelowy, w okolicy podobojczykowej i nadgrzebieniowej — szorstki. Oddech w górnej połowie

TABLICA I.

Data	Ilość wstrzykniętej żelatyny	Badanie moczu: Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Ciężar gatunkowy	Ilość białka °/₀₀	Składniki morfotyczne	Uwagi
28/X	100 ctm. sz. 2°/₀	720	1.028	—	nic chorobowego	Po 4 godzinach wymioty, zawroty głowy, ogólne osłabienie, skłonność do omdleń, ciepłota 38·7°. Wieczorem i w nocy wymioty kilkakrotne.
29/X		800	1.028	—	»	Stan podmiotowy zły. W okolicy wstrzyknięcia znaczne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność przy dotykaniu.
30/X		700	1.028	—	»	Stan podmiotowy zadowalniający. Obrzmienia na miejscu wstrzyknięcia prawie niema, zaczerwienienie i bolesność mniejsze.
31/X—4/XI		nic chorobowego				
5/XI	100 ctm. sz. 2°/₀	950	1.026	—	»	Przez 5 godzin po wstrzyknięciu stan podmiotowy zły, osłabienie, dreszcze, ciepłota 58·1°; wieczorem i w nocy wymioty 4 razy.
6/XI		900	1.027	—	»	Na miejscu wstrzyknięcia znaczne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność
7/XI		1000	1.024	ślady	»	
8/XI		1000	1.024	»	»	
9/XI—10/XI		nic chorobowego				
11/XI	50 ctm. sz. 4°/₀	1000	1.026	—	»	Po 5 godzinach po wstrzyknięciu stan podmiotowy zły, wymioty 1 raz, ciepłota 38·1°.
12/XI		1000	1.025	—	»	Objawy miejscowe, jak poprzednio.
13/XI		900	1.027	ślady	Wałeczki szkliste 1—2 w preparacie	
14/XI		900	1.027	»	nic chorobowego	
15/XI—21/XI		nic chorobowego				
22/XI	50 ctm. sz. 4°/₀	900	1.025	—	»	Przez 4 godziny po wstrzyknięciu ciepłota 38·2°; stan podmiotowy zadowalniający.
23/XI		850	1.025	—	Wałeczki szkliste 1—2 w preparacie	Objawy miejscowe, jak poprzednio.
24/XI		900	1.027	ślady	»	
25/XI—8/XII		nic chorobowego				
9/XII	50 ctm. sz. 4°/₀	1000	1.024	—	nic chorobowego	Przez 4 godziny po wstrzyknięciu ciepłota 38·6°.
10/XII—13/XII		nic chorobowego				
14/XII	50 ctm. sz. 4°/₀	1000	1.025	—	»	Przez 6 godzin po wstrzyknięciu ciepłota 38·2°.
15/XII		1150	1.020	—	»	
16/XII		920	1.020	ślady	»	
17/XII—18/XII		nic chorobowego				
19/XII	50 ctm. sz. 4°/₀	800	1.027	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·8°.
20/XII—22/XII		nic chorobowego				
23/XII	50 ctm. sz. 4°/₀	950	1.024	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·4°.
24/XII—27/XII		nic chorobowego				
28/XII	50 ctm. sz. 4°/₀	950	1.024	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·5°.
29/XII—16/I		nic chorobowego				
17/I	75 ctm. sz. 3°/₀	1200	1.022	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·5°.
18/I—21/I		nic chorobowego				
22/I	50 ctm. sz. 4°/₀	1200	1.023	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·9°.
23/I—26/I		nic chorobowego				
27/I	50 ctm. sz. 4°/₀	1350	1.023	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·2°.
28/I—30/I		nic chorobowego				
31/I	50 ctm. sz. 4°/₀	1200	1.023	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·5°.
1/II—4/II		nic chorobowego				
5/II	50 ctm. sz. 4°/₀	1000	1.025	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·3°.
6/II—9/II		nic chorobowego				
10/II	50 ctm. sz. 4°/₀	1200	1.024	—	»	Przez 4 g. — ciepłota 37·3°.
11/II—14/II		nic chorobowego				

klatki piersiowej — mocniejszy po stronie prawej, w dolnej — po stronie lewej. Rzężeń niema. Granica stłumienia serca: prawa na lewej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Nad rękojeścią mostka i na 3 ctm. w prawo i prawie na tyleż w lewo od niej, daje się zauważyć pewne przytłumienie odgłosu opukowego. Chwilami, nad mostkiem i nad tętnicą główną daje się słyszeć słaby szmer skurczowy. Tętno 80 w minucie, pełne po stronie

prawej, ledwie macalne w lewej tętnicy sprychowej; tętno jest słabsze również i w lewych tętnicach podobojczykowej i szyjnej. Przy wziernikowaniu krtani spostrzega się trupie ustawienie lewej struny głosowej. Na rentgenogramie zaciemnienie, odpowiadające stłumieniu na rękojeści mostka i po bokach przechodzące w zaciemnienie serca. Brzuch miernie wzdęty, niebolesny. Wątroba nie macalna, śledziona wystaje na $1/_{2}$ palca z pod łuku żebrowego. Moczu na dobę 1200 ct. sz., c. g. 1020, odczyn kwaśny, białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 21. X. do 27. X. bez zmiany.

W danym przypadku wstrzyknięto żelatynę 15 razy. Po pierwszych 3 wstrzykiwaniach za każdym razem spostrzegano zły stan podmiotowy, skłonność do omdleń i wymioty; objawy te za każdym następnym razem były coraz słabsze, tak że już wstrzykiwanie 4. nie było połączone z żadnemi nieprzyjemnemi podmiotowemi wrażeniami. Co do zmian przedmiotowych, należy zaznaczyć tylko stopniowe każdorazowe zmniejszanie się podwyższenia ciepłoty: ustrój jak gdyby przyzwyczajał się do wprowadzania żelatyny. Objawy miejscowe były prawie zawsze jednakowe. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwania żelatyny wpływu nie wywierały, natomiast po 2, 3, 4, 6 wstrzykiwaniach zjawiały się w moczu zwykle na 3 dzień (tylko po 4 wstrzykiwaniu na 2) ślady białka i z rzadka wałeczki szkliste, nabłonka nerkowego ani krwinek czerwonych nie spostrzegano. Po 1—2 dniach białko i wałeczki ustępowały z moczu.

W tej grupie u ludzi z nerkami zdrowemi (ponieważ w przypadku drugim na podstawie tylko pojedynczych krwinek czerwonych w moczu, niewiadomego przytem pochodzenia, według naszego zdania nie można przyjąć schorzenia nerek), tylko w pierwszym przypadku nie spostrzegano w moczu ani białka, ani chorobowych składników morfotycznych; w przypadku 2 powstało na 3 dzień białko, utrzymywało się przez 4 dni i kiedy ustąpiło — niewiadomo, ponieważ chora opuściła klinikę. W przypadku 3 z 15. wstrzyknięć białko i wałeczki zjawiły się 4 razy, przyczem zjawianie się następowało zwykle na 3 dzień, a znikanie — na 4. 5. dzień. Na ilość i ciężar właściwy moczu wpływu podskórnych wstrzykiwań żelatyny w tej grupie zauważyć nie można. (C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Jama brzuszna).

Lederer. **Przyczynek do leczenia niedrożności jelit atropiną.** (Med. Klinik 1910, Nr 1). Wiadomo, że atropina często działa bardzo dobrze przy niedrożności jelit. Lekarze w środkowej Europie, w krajach cywilizowanych, nie potrzebują uciekać się tak często do atropiny, albowiem łatwiej tu zastosować inne sposoby leczenia, ewentualnie operacyę. Inaczej jednak rzecz się ma w krajach takich, jak n. p. w Bośni, gdzie lekarzy i szpitali jest bardzo mało, a ludność niema żadnego zaufania do operacyi i wogóle rzadko daje się operować. Tu od początku trzeba myśleć zawsze o takiem leczeniu, któreby ewentualnie poniekąd operacyę zastąpić mogło. Przy niedrożności jelit, zwłaszcza porażnej, znakomitym takim środkiem jest atropina. Właśnie w Bośni spostrzegał L. najczęściej niedrożność na tle porażnem, a to wskutek przeładowywania przewodu pokarmowego potrawami mącznemi. Tak n. p. w połowie przeszło przypadków niedrożność jelit występuje w Bośni u ludności muzułmańskiej w czasie postu »ramazan«. Wtedy nie wolno jeść nic przez dzień i dopiero późnym wieczorem objadają się »wierni« naraz dużemi ilościami potraw. Zwykle zgłaszają się chorzy do szpitala 4—5 dnia choroby i o operacyi nie chcą nawet słyszeć. L. podaje wtedy atropinę podskórnie, najpierw dawkę próbną 0,001, a wkrótce potem 0,003—0,005. Zwykle najdalej w 10 godzin występuje skutek. Potem jeszcze przez kilka dni trwają biegunki i odchodzą całe masy niestrawionych potraw, zwłaszcza strączkowych. W 10 przypadkach, leczonych w ten sposób, osiągnął L. wynik dobry, raz tylko było zejście śmiertelne nagłe u chorego, mającego już opuścić szpital. K.

Berkofsky. **Doświadczenia nad leczeniem uwięzniętych jelit zgorzelinowych.** (Woln. Stowarz. chirurgów. Berlin, czerwiec, 1909). B. donosi o 302 uwięznięciach jelit z oddziału Prof. Neumanna. 60% było powikłanych zgorzelą jelita. Przeważnie na jelitach cienkich wykonywano odrazu wycięcia (śmiertelność 32·6%), na jelitach grubych operowano dwuczasowo z wyłożeniem jelita. Jelita łączono przeważnie guzikiem Murphyego. B. uważa guzik za sposób idealny łączenia jelit. Operuje się szybko i pewnie, złączenie jest ściśle, a, co główna, jelito nie może się zapaść (jak to często przy szwie bywa) w miejscu wycięcia, przez co powstałaby niedrożność. A.

Kappeler. **Pęknięcie uwięzniętego jelita przy odprowadzeniu.** (Deutsche Zft. f. Chir. 1909, T. 100). Niektórzy zaprzeczają, aby jelito zdrowe pęknąć mogło wśród forsownych prób odprowadzania. K. przytacza na dowód, że tak być może, 8 przypadków, z czego 3 własne. Pamiętać należy, że trudno tu z góry powiedzieć, czy jelito jest zdrowe, czy nie. Nieraz i przy operacyi jeszcze się nad tem namyślamy. Czas trwania uwięznięcia nie zawsze może być wskazówką, bo przy silnych uwięznięciach nawet w krótkim czasie wystąpić może zgorzel jelita, a naodwrót nieraz jelito pozostaje zdrowem nawet i długi czas. Również i łatwość odprowadzenia niczego nie dowodzi. Tak n. p. na 8 wspomnianych przypadków pęknięcia jelita, w 4 chorzy odprowadzili sobie sami uwięznięte pętle, co dowodzi, że odprowadzenie nie było zanadto forsowne, bo chory zawsze siebie oszczędza i odprowadza jelito nieraz ostrożniej od lekarza. — Rokowanie przy pęknięciach takich zawisło od wczesnego rozpoznania i operacyi. K.

Doc. Holzknecht. **Prawidłowe ruchy robaczkowe jelita grubego.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Gdy zapomocą promieni Röntgena poznaliśmy już ruchy przełyku, żołądka, a po części i jelit cienkich, to co do jelita grubego sprawa ta nie jest jeszcze wyjaśniona, może być z tego powodu, że przy badaniu kiszki, zawierającej bizmut, nie spostrzegamy zwykle żadnych ruchów. H., mający rozległe doświadczenie na tem polu, na 1000 przypadków badania kiszki (trwającego po 5—15 minut), zaledwo w 2 przypadkach spostrzegał jej ruchy robaczkowe. Przedstawiały się one w następujący spotób: prawidłowo w kiszce, napełnionej bizmutem, widać dokładnie t. zw. segmentacyę, t. j. odlew wypukleń (haustra). Otóż przy spostrzeganym ruchu w okrężnicy poprzecznej ginęła nagle ta segmentacya i kiszka stawała się zupełnie równą. Wśród tego słup kału, zawierający bizmut, przesunął się do okrężnicy zstępującej i pętli esowatej, gdzie także znikła segmentacya. Trwało to ze 3 sekundy, poczem zaraz segmentacya z powrotem się pojawiła. Wprawdzie ruch ten spostrzegał H. zaledwo 2 razy na tysiąc, niemniej jednak twierdzi, że ruch taki jest właściwym ruchem robaczkowym jelita grubego; ruch ten występuje jednak 2—3 razy na dobę i to przez kilka sekund, dlatego też jest to po prostu szczęśliwym trafem zobaczyć go przypadkowo na ekranie. Że ruch ten uważać należy za właściwy ruch robaczkowy, dowodzą następujące okoliczności: 1) Nie spostrzegano dotąd żadnego innego ruchu, a jakiś przecież istnieć musi. 2) Ponieważ często badania nawet 15-minutowe nie wykazują żadnego ruchu w jelicie grubem, a przecież kał się posuwać musi, należy przypuścić, że to przesunięcie kału odbywa się co pewien czas nagle, tak jak to H. spostrze-

gał, i trwa kilka sekund. 3) Inne ruchy robaczkowe odbywają się także rytmicznie co pewien czas. 4) Przy sztucznym odbycie wydziela się z przetoki co kilka godzin (3—4 razy dziennie) naraz spora ilość kału, co odpowiada właśnie tym nagłym ruchom jelita grubego, w wielkich odstępach czasu się odbywającym. Ludzie zdrowi odczuwają również zwykle kilka razy dnia rzekomą potrzebę oddania stolca (Steinach). Jelito więc grube, prócz tych kilku ruchów, odbywających się w odstępach mniej więcej 8 godzin, zresztą spoczywa spokojnie; w czasie tych ruchów słup kału posuwa się naprzód. Wypuklenia okrężnicy (haustra) nie mają nic wspólnego z ruchem, owszem wśród ruchu znikają. Zadaniem tych wypukleń jest zapewne powiększenie powierzchni zetknięcia się pomiędzy jelitem, a treścią. — Fakta te przemawiają za tem, że przypuszczalny dawniej wolny ruch robaczkowy w jelicie grubem nie istnieje wcale; jelito to tylko od czasu do czasu wykonuje szybkie, a krótkie ruchy. K.

Kehr. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia przewlekłej żółtaczki.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 48). W swej klinice prywatnej wykonał Kehr dotąd 1500 operacyi wątrobowych. Wskazania do operacyi dróg żółciowych są według K. następujące: Bezwzględne: 1) ostry lub przewlekły ropniak pęcherzyka żółciowego, 2) przewlekłe zatkanie przewodu wspólnego. Względne: długo trwające kolki, upośledzające zdolność do zarobkowania.

W niniejszej pracy zajmuje się K. przedewszystkiem omówieniem leczenia żółtaczki przewlekłej (z wyłączeniem cierpień samej wątroby, icterus toxicus, haemoglobinuricus, infectiosus, syphiliticus i t. p.). Przy rozważaniu przyczyny przewlekłej żółtaczki zwrócić należy uwagę przedewszystkiem na wywiady. Cierpienie zacząć się może bolami (kamienie), kolkami, lub bezboleśnie (sprawy nieżytowe). Nieżyt dwunastnicy przebiega zwykle bez objawów bolesnych w przeciwieństwie do cierpień trzustki, którym towarzyszyć mogą bole lub niemiłe uczucia. Żółtaczkę nieżytową rozpoznaje się za często, a raczej przyjąwszy sprawę nieżytową, przeoczamy inne cierpienia. Dlatego też (zwłaszcza u ludzi starszych) trzeba przy żółtaczce z początku rokować ostrożnie i zastrzedz się, że jeżeli do 6 tygodni żółtaczka nie ustąpi, to trzeba myśleć o poważnem cierpieniu, względnie o operacyi, jeżeli stale utrzymują się bole, gorączka i występuje upadek sił. Zdarza się też, że żółtaczka ustępuje, a potem zjawia się na nowo (przewlekłe napadowe zatkanie przewodu wspólnego). W przeciwieństwie do tego żółtaczka wskutek blizn lub nowotworu wzmaga się stale z tygodnia na tydzień. Przy kamieniach pęcherzyk żółciowy jest w 70—90% zmniejszony i nie wyczuwalny, przy nowotworze zaś zwykle powiększony. Za obecnością nowotworu przemawia powstanie choroby bez bolu, stałe wzmaganie się żółtaczki i powiększenie pęcherzyka żółciowego; za kamieniami przemawia powstanie choroby wśród bolów i kolek, zmienna żółtaczka, raz większa, raz mniejsza, dreszcze, gorączka od czasu do czasu i t. p. W obu przypadkach wskazana jest operacya. — Przewlekła żółtaczka, nie operowana na czas, pociągnąć może za sobą marskość żółciową wątroby, skazę żółciową lub zapalenie dróg żółciowych. Wtedy oczywiście wynik operacyi nie będzie już pomyślny. Wielu lekarzy sprzeciwia się operacyi przy przewlekłej żółtaczce, a to z kilku powodów. Jedni twierdzą, że nie warto narażać takich chorych na operacyę, bo zwykle spotka się przy niej nieuleczalne cierpienie, jak marskość, lub raka. Inni twierdzą, że operacya w podobnych przypadkach jest niebezpieczna ze względu na trudno dające się utamować krwawienia, a jeszcze inni są zdania, że chorzy na żółtaczkę są mało odporni na wszelkie powikłania śród- i pooperacyjne. Zdania te po większej części nie sprawdzają się, jeżeli się postępuje ostrożnie. Bardzo często przy operacyi nie spotyka się właśnie ani raka, ani marskości, lecz inne cierpienie, będące dla leczenia wdzięcznem polem. Krwotoki u chorych na żółtaczkę nie są zwykle zbyt straszne. Ewentualnie radzi K. podawać przez 6 dni przed operacyą trzy razy dnia 2 grm chlorku wapna podług Mayo-Robsona. Także nie jest zgodne z rzeczywistością twierdzenie, że chorzy na żółtaczkę są mało odporni na wszelkie powikłania. Doświadczenie autora wcale za tem nie przemawia. Śmiertelność nie jest wcale większa, niż przy innych ciężkich operacyach i powikłania nie są wcale częstsze.

Obecnie o ile możności usuwa K. pęcherzyk i sączkuje przewód wspólny. Po operacyach spostrzegał K. rzadko zapalenia płuc i zatory. K. nie pozwala chorym wczas wstawać (dopiero po 15 dniach), ale natomiast sadza ich wczas w łóżku i pozwala spuszczać nogi, polecając je miesić i poruszać. Kobietom przed uśpieniem wieczorem podaje weronal, a rano lewatywę z wina, u mężczyzn, prócz uśpienia, wstrzykuje skopolaminę z morfiną. Ręce myje K. 20 minut wodą i mydłem, 5 minut spirytusem mydlanym i 5 minut 90% alkoholem. Cięcie brzuszne powinno być dość szerokie. Przewód wspólny sączkuje K. zapomocą sączka w kształcie litery T.

W końcu omawia K. wartość próby Cammidgea i dochedzi do wniosku, że dla lekarza praktycznego wobec wątpliwych wyników, a żmudnej techniki wykonania, jest ta próba zupełnie bezużyteczna. Klęsk.

Guleke. **O podskórnych pęknięciach trzustki.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2). Pęknięcia trzustki rzadko występują same (dotąd opisano tylko 28 podobnych przypadków), a zwykle wspólnie z uszkodzeniem sąsiednich narządów, jak żołądka, nerek, śledziony i t. p. Wtedy też objawy bywają gwałtowne, a pochodzą one od uszkodzenia innych narządów, natomiast pęknięcie trzustki samo, jak na to zwrócił już uwagę Garré, przebiega z początku prawie bez objawów i zjawiają się one dopiero w parę dni. Trzustka pęka prawie zawsze od tyłu, t. j. przy kręgosłupie, tak że często przy operacyi możemy mimo pęknięcia znaleść, idąc od przodu, zupełnie napozór prawidłowe stosunki, jak to w jednym z 4 przypadków autora się wydarzyło.

Operacya polega w tych przypadkach na dokładnem odsłonięciu drogi do trzustki, celem starannej tamponady, i to albo przez więzadło żołądkowo-okrężnicze, wątrobowo-żołądkowe lub też przez krezkę okrężnicy poprzecznej. Przy pęknięciach trzustki często tworzą się zaotrzewne ropnie, nieraz ogromnych rozmiarów, skłonne do opuszczania się w dół. Ropnie te występują częściej po stronie lewej. Często też przy pęknięciach trzustki wytwarza się t. zw. torbiel wrzekoma, zwłaszcza jeżeli otwór Winslowa wcześnie ulegnie zamknięciu, a więzadło wątrobowo-żołądkowe jest nienaruszone. Jeżeli powłoka otrzewna jest cała, wtedy wylew krwi nastąpić może poza nią i guz wypukla się do torby sieciowej. Te guzy zmieniać mogą swe położenie, t. j. obniżać się trochę ku dołowi. Torbiele wrzekome mogą zniknąć same, t. j. uledz wessaniu, jak tego dowodzi przypadek G., zwykle jednak należy przystąpić do ich otwarcia.

Co do postępowania, to w razie objawów groźnych operujemy odrazu, gdy zaś sprawa ma dążność do odgraniczania się (a zwykle wtedy objawy otrzewne są słabo zaznaczone), to odczekujemy utworzenia się torbiela. K.

Prof. Hoehne. **W sprawie zapobiegania pooperacyjnemu zapaleniu otrzewnej.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 49). Punktem wyjścia pracy H. i Pfannenstiela były doświadczenia Glimma, który na podstawie ich doszedł do przekonania, że przez śródotrzewne wstrzykiwania oliwy udaje się u królików zatrzymać zupełnie lub zmniejszyć przedostawanie się drobnoustrojów z otrzewnej do obiegu krwi. Spostrzeżenie to Glimm tłómaczy tem, że olej zatyka drogi limfatyczne. Na tej podstawie polecał nawet Glimm w rozpaczliwych przypadkach zapalenia otrzewnej, po zastosowaniu innych środków próbować jeszcze śródotrzewnych wstrzykiwań 1% olejku kamforowego w ilości około 130 cm³. Natomiast przestrzega G. przed zapobiegawczemi wstrzykiwaniami olejku, albowiem jeszcze nie wiadomo, jak zdrowa otrzewna na te wstrzykiwania u czło-

wicka oddziaływa. Cała ta sprawa wydała się autorowi o tyle niejasną, że w razie, gdyby to zwolnienie wessania polegało rzeczywiście na zatykaniu dróg limfatycznych tłuszczem, w takim razie obawiaćby się należało przytem zatorów tłuszczowych płuc. H. przeprowadził więc doświadczenia na zwierzętach. Do wstrzykiwanego oleju dodawał różne drażniące środki i przekonał się, że wessanie odbywało się tem wolniej, im otrzewna była więcej podrażnioną. Badanie makro- i mikroskopowe płuc nie wykazywało, by tłuszcz zatykał drogi limfatyczne, a przy licznych doświadczeniach tylko raz wystąpił śmiertelny zator płuca po wstrzyknięciu do otrzewnej do 20 cm³ oleju sezamowego. Ilość to bezwarunkowo za wielka (dla królika wynosi dawka średnio 8 cm³). Gdy się przytem stosuje oliwę lub olejek kamforowy, powikłania płucne są wprost wyłączone, jak to wykazały doświadczenia Pfannenstiela. W końcu doszedł H. do następującego przekonania: Wstrzykiwania oleju zwalniają wessanie drobnoustrojów wybitnie jedynie wtedy, gdy olej wstrzyknięto do otrzewnej na 24 godzin lub wcześniej przed zakażeniem. Natomiast, jeżeli zwierzętom wstrzyknie się olej równocześnie z drobnoustrojami lub nawet po zakażeniu, wtedy niema już żadnej różnicy między zwierzętami tak traktowanemi, a temi, którym oleju nie wstrzyknięto, a nawet zakażenie u traktowanych olejem przebiegało nieraz ciężej. Działanie oleju nie polega tu na zatykaniu dróg limfatycznych, lecz na podrażnieniu otrzewnej, przez to gromadzą się w jamie brzusznej ciała ochronne. Że tak jest rzeczywiście, dowodzi fakt, że zupełnie analogicznie do oleju działają w otrzewnej i inne ciała, jak n. p. tłuczone szkło i zabite hodowle drobnoustrojów. Wobec tego uodporniał H. króliki, wstrzykując im 8 cm³ 10% olejku kamforowego i zakażając w 24 godzin dużemi dawkami prątka okrężnicy. Z 11 zwierząt padło tylko jedno, i to z powodu wadliwej techniki operowania. Pozostałe 10 zwierząt miało się zupełnie dobrze. Natomiast z 15 zwierząt, uodpornionych na krótki czas przed zakażeniem (1½—6 godzin), 12 padło szybko, a 3 wyzdrowiało po bardzo ciężkiem schorzeniu. We krwi, wydobytej za życia z serca, stwierdzano zawsze rychło drobnoustroje. Wobec tych wyników doświadczeń czuł się autor uprawnionym do zastosowania tego sposobu u ludzi. Postanowił więc na 25 godzin przed operacyą, (która ewentualnie groziła zakażeniem otrzewnej), wstrzykiwać do otrzewnej mniej więcej około 30 cm³ jałowego 10% olejku kamforowego. Po raz pierwszy zastosowano to (w oszołomieniu eterowem) u chorej, która następnie po 4 dniach była operowana z powodu raka macicy. W czasie operacyi stwierdzono, że otrzewna jest pokryta nalotem, składającym się z włóknika, zawiesiny olejku i leukocytów. Naloty działały na pożywkach wybitnie bakteryobójczo. Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry, mimo, że cała rana zewnętrzna silnie była zakażona. Następnie użyto tego sposobu w 42 przypadkach operacyjnych. W znieczuleniu miejscowem (2—3 cm³ ½ proc. nowokainy) małem cięciem w linii środkowej poniżej pępka przecina się małym nożykiem powłoki aż do powięzi, a potem wprowadza mały trójgraniec i wstrzykuje do otrzewnej około 30 cm³ ogrzanego do ciepłoty ciała (10%) olejku kamforowego. Rankę zasypuje się dermatolem i opatruje plastrem. — H. wyraża zdanie, że sposób ten nadaje się obecnie już zupełnie dobrze do rozpowszechnienia. Klęsk.

Ginekologia i położnictwo.

Albers-Schönberg. **O działaniu promieni Röntgena na narządy płciowe żeńskie.** (Tow. lek. Hamburg. 1909. 2. XI.). Po naświetlaniu jajników ulegają zanikowi pęcherzyki Graffa, a wskutek tego występuje sztuczne ustanie miesiączkowania. Leczniczo stosowano naświetlanie jajników przy krwotokach wskutek mięśniaków i w okresie przekwitania. Zwłaszcza dobry wynik uzyskuje się u kobiet w początkach lat przejściowych (do 48. roku życia). U młodych osób należy leczenia tego zaprzestać, gdy po pierwszych posiedzeniach (bardzo silna dawka) nie spostrzeże się żadnego wpływu na krwawienie. Jedne mięśniaki zmniejszają się bardzo szybko, inne natomiast opierają się temu leczeniu zupełnie. Nie należy stosować naświetlań u osób bardzo już niedokrwistych, zwłaszcza z objawami sercowymi (Myomherz), gdyż wtedy czasem w początkach leczenia krwawienie może się nawet zwiększyć. Nie jest rozstrzygniętą rzeczą, czy po naświetlaniach mięśniaki zmniejszają się same bezpośrednio wskutek naświetlań, czy też dopiero wskutek wpływu jajników. A.

Leon Bernard. **Leczenie zmięknienia kości adrenaliną.** (Presse méd. 1909, Nr 93). Autor opisuje niezwykłe, prawie zupełne uleczenie chorej na zmięknienie kości. Chorą była dziewica 38-letnia, a zmiany były tak ciężkie, że najmniejszy ruch sprawiał dotkliwe bole. Z bardzo dokładnego opisu choroby nabieramy istotnie wyobrażenia, że chora znajdowała się wprost w rozpaczliwym stanie. Chorej wstrzykiwano pod skórę chlorek adrenaliny (1‰) co drugi dzień w dawce 1 cm³. Leczenie rozpoczęło się w listopadzie 1907, a skończyło w lipcu 1909. W tym czasie dostała chora 183 cm³ adrenaliny. Dopiero po 30. wstrzyknięciu stan chorej wyraźnie się poprawił, a dopiero po setnem wstrzyknięciu można było mówić o wyleczeniu, lecz mimo wyleczenia B. nie zaniechał dalszego stosowania adrenaliny. Żadnych skutków ubocznych B. nie spostrzegał. B. podkreśla, że zmięknienie kości można uleczyć adrenaliną, ale tylko wtedy, jeśli się ją stosuje długo i tylko drogą podskórną. Na podstawie rozważań działania adrenaliny i różnych sposobów leczenia zmięknienia kości, dochodzi B. do wniosku, że nie można uważać zmięknienia kości za odrębną jednostkę chorobową, wywołaną jedyną i stałą przyczyną, ale że zmięknienie kości stanowi zbiór objawów anatomo-klinicznych, wywołanych odwapnieniem kości i to z różnych powodów, dotąd nieznanych dokładnie. Stahr.

Rosthorn. **Zapalenie wyrostka robaczkowego a schorzenia przydatków macicy.** (Arch. f. Gyn. 89. Z. 1). Zaznaczając różnorodność w ułożeniu wyrostka, zaprzecza R. stanowczo istnieniu połączeń między naczyniami limfatycznemi i krwionośnemi wyrostka robaczkowego, a części rodnych. Co do częstości występowania zapalenia wyrostka robaczkowego u mężczyzn lub u kobiet, to zdaje się, niema różnic, jedynie przebieg u kobiet bywa więcej przewlekły. W rozpoznaniu różniczkowem będzie chodzić przedewszystkiem o skręt torbieli jajnikowych, ciążę trąbkową, sprawy zapalne przydatków ze zmianami otrzewnemi. Ostry i gwałtowny początek, szybkie uogólnienie się sprawy na otrzewną, często ogromnie utrudnia rozpoznanie, w którem wielkie usługi oddają wywiady, ani bowiem siedziba guza, ani jego kształt, wielkość, zbitość i ruchomość mogą nie dać pewnego rozpoznania. Co do postępowania stoi R. na stanowisku radykalnem; radzi usuwać wyrostek, nawet prawidłowo przedstawiający się po otwarciu jamy brzusznej. Zapobiegawcze wycinanie wyrostka uważa R. za sprawę nierozstrzygniętą. Dr G. Nowotny.

Palm. **W sprawie leczenia mięśniaków macicy przy zbliżaniu się okresu przekwitania.** (Arch. f. Gyn. t. 89. z. II.). Mięśniaki macicy same przez się nie stanowią jeszcze wskazania do operacyi, lecz tylko groźne objawy, jakie one czasem wywołują (krwawienia, objawy uciskowe, zwyrodnienia). O ile jednak objawy te w zwykłych warunkach stanowią dostateczną wskazówkę dla naszego postępowania, to ocena ciężkości i niebezpieczeństwa tych objawów przy zbliżającym się okresie przekwitania napotyka na pewne trudności. Jeśli bowiem stan chorobowy w danej chwili przemawia może za operacyą, to przypuszczenie, że mający niedługo wystąpić okres przejściowy wpłynie korzystnie na dalszy przebieg choroby, rozstrzyga bardzo często na korzyść leczenia wyczekującego, zachowawczego; kto wie, czy nie za często i to najczęściej ze szkodą dla chorej. Na dowód, jak zgubne następstwa może mieć takie szablonowe traktowanie przypadków, szczególnie ze strony lekarzy-praktyków, którzy najczęściej tu rozstrzygają, podaje

autor dokładną historyę choroby przypadku, przez siebie spostrzeganego. Winter wykazał, że u przeważającej liczby chorych na mięśniaki macicy, okres przekwitania występuje dopiero po 55 r. ż., że więc przyjęcie zbliżającego się okresu przekwitania przed 50 r. ż. tych chorych, zupełnie nie uprawnia do bezwarunkowego stosowania leczenia zachowawczego. Taka zasada, aby u chorych na mięśniaki macicy przy pomocy latami czasem trwającego leczenia sporyszowego w końcu przecież doczekać się okresu przekwitania, jest tem bardziej potępienia godna, że krwawienia, trwające latami, nawet nie bardzo silne i nie ciągłe, w końcu mogą się stać dla ustroju bardzo groźne. Wpływają one bowiem niekorzystnie na mięsień sercowy i cały układ naczyniowy, wywołując następową skłonność do ciężkich blednic, zakrzepów i zatorów, a nadto przez osłabienie odporności całego ustroju przyczyniają się do powstania lub pogorszenia chorób w innych narządach (gruźlica, zapalenie nerek i i.). Oprócz krwotoków polega niebezpieczeństwo przy bezwarunkowem postępowaniu zachowawczem na nierzadkich zwyrodnieniach złośliwych samych mięśniaków lub macic mięśniakowych (mięsak, rak 20%) Z tego wynika, że ilość i niebezpieczeństwo powikłań, jakie mięśniaki w okresie przekwitania wywołać mogą, nie są wcale małe. Autor nie chce ich przeceniać, nie stoi też na stanowisku zasadniczego operowania wszystkich mięśniaków macicy, przestrzega jednak przed szablonowem postępowaniem przy ich leczeniu w okresie krytycznym przedklimakterycznym; w szczególności zaś sądzi, że w tych przypadkach, gdzie silniejsze krwotoki znacznie przewlekają wystąpienie okresu przekwitania, należy zawsze koniecznie operować.

Dr E. Ehrenpreis.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

(Chirurgia).

Przy wypuszczaniu wielkich opłucnych wysięków poleca Borgherini równocześnie stopniowo wypełniać jamę opłucną wyjałowionem powietrzem, a Lucatello tlenem. Przez to można bez żadnej obawy wypuścić wszystek płyn, (bo gaz zastępuje płyn i nie dozwala na nagłą zmianę w płucu i wytworzenie się przekrwienia i obrzęku), powtóre nie spostrzega się potem nowego tworzenia się wysięku. (Rif. med. 1909, T. IV.). A.

Migdałki przed wycięciem znieczula Ruprecht zapomocą wstrzyknięcia (zwłaszcza w górne części) $1^1/_2$—3 cm^3 2% nowokainy z suprareniną, migdałek gardłowy przez głębokie wprowadzenie przy zwieszonej głowie tamponu, zmaczanego w 10% nowokainie, a błonę bębenkową przez nałożenie na nią na waciku masy (przez 15—20 minut), złożonej z 2 grm suprareny i 0,1 alipiny. (Mont. f. Ohrh. f. Zblt. i t. d. 1909, Z. 3—4). A.

Kojące ból płukanie przy zapalnych sprawach gardła i jamy ustnej uzyskuje się podług Avellisa ze subkutyny (rozpuszczalna forma anestezyny). Z 2% roztworu daje się 1—2 łyżek na szklankę wody. (Zft. f. Laryng. 1909, II. 1). A.

Przy operacyach brzusznych poleca Winkelmann poprzeczne cięcie w tylnej pochewce mięśnia prostego po jego przesunięciu na bok. Cięcie to oddało już W. cenne usługi przy operacyach na żołądku, wątrobie, wyrostku robaczkowym i częściach rodnych kobiecych, (D. Zft. f. Chir. 1909, 98. IV—V.). A.

Celem zapobieżenia porażeniu ścian jelit po operacyach brzusznych pobudza Heile ruch robaczkowy w ten sposób, że do wysokiej pętli jelita cienkiego zapomocą trójgrańca wprowadza ogrzany olejek rącznikowy w zawiesinie ze sodą i wodą. Zakłada na obrane miejsce szew kapciuchowy, wbija w środek trójgraniec, poczem po jego wyjęciu zaciąga szew. (Zblt. f. Chir. 1909, Nr 31). K.

Nagłe zgony przy zapaleniu otrzewnej powstają nieraz podług Katzensteina z tego powodu, że wskutek silnego wzdęcia jelit przepona zostaje wyparta ku górze, przez co serce układać się musi poprzecznie, a krew do aorty wpływać może tylko pod kątem, przez co powstaje znaczny opór w krążeniu, stający się nieraz przyczyną zejścia śmiertelnego. Doświadczalnie można nieraz wywołać nagłą śmierć u zwierząt przez wdmuchiwanie powietrza do jamy brzusznej, przyczem spostrzega się nagły spadek ciśnienia krwi. (Tow. chirurg. Berlin 1909, VI.). A.

Zgłębnik żołądkowy, zatykający zapomocą balonu szczelnie wpust celem zatrzymania wymiotów przy uśpieniu, n. p. w przypadku niedrożności jelit, podał Kausch. A.

Oderwaną od jelita krezkę zastąpić można podług Tarsia in Curia przez owinięcie jelita w sieć. Nieraz udaje się przytem ocalić jelito, jak to wykazały doświadczenia na zwierzętach, a gdy nawet wytworzy się w jelicie zgorzel, to sieć ochrania resztę otrzewnej od przedostawania się treści i z czasem tworzy się blizna. (Rif. med. 1909, 41—42). A.

Zupełne wyłączenie i zamknięcie okrężnicy poprzecznej, zstępującej i pętli esowatej wykonał u pewnej chorej przed 13 laty Wiesinger. Przez cały czas operowana czuła się zupełnie dobrze i dopiero obecnie zgłosiła się do operacyi z powodu niedrożności jelit; przy operacyi zmarła nagle. Wyłączone jelito było wzdęte i zawierało treść płynną, przeźroczystą. (Deut. Zft. f. Chir. 1909, 100). K.

Guzy krwawnicze polecają Anderson i Bishop leczyć sposobem Whiteheada. Stolca po operacyi nie należy zatrzymywać, lecz dbać o wolne wypróżnienia. Zwężenia wydarzają się po operacyi niezmiernie rzadko i to są zwykle tak nieznaczne, że w 3—4 tygodni dają się odrazu usunąć zapomocą palca. Sposób W. powinno się stosować tam, gdzie guzy są naokoło stolca, a sposoby inne jedynie wtedy, gdy guzy są pojedyncze, lub mnogie, ale oddzielnie rozrzucone. (Brit. med. Journ. 30. X. 1909). A.

Do operacyi krwawnic podał Jianu szczypczyki w kształcie litery T. Zakłada się je najpierw wokoło odbytu, a potem operacya odbywa się zupełnie bezkrwawo. (Rev. st. med. 1909, Nr 7). A.

Do leczenia zwężeń odbytnicy podał Rosenberg bardzo dogodny dilatator, zbudowany na wzór rozszerzaczy cewki. Wprowadza się narzędzie skręcone i pokrywa gumową osłonką. Na skali odczytać się daje stopień kalibru zwężenia. (Med. Klin. 1910, Nr 3). A.

Leczenie wypadnięcia odbytnicy przez tamponadę poleca Sick. (Zentbl. f. Chirurg. 1909, Nr 36). Zabieg ten wykonuje S. w następujący sposób: Podłużne cięcie przez tylną przegrodę krocza aż do guzicy przez powięzie miednicy aż do wiotkiej tkanki poza kiszką prostą. Oddzielenie na tępo kiszki aż do wzgórka krzyżowego, zatamowanie krwawienia zwykłą gazą, a potem tamponada gazą jodoformową lub vioformową. Tampony pozostają na miejscu 8—14 dni. Dziecko pozostaje przez cały czas w łóżku, a dopiero po 2—3 tygodniach wolno mu siedząco oddawać stolec. K.

Ulepszony cystoskop operacyjny podał Lohnstein z Berlina. Cystoskop Nitzego posiada tę wadę, że lampka znajduje się na końcu optyki i to za daleko od pętli, którą odcina się guz, przez co z jednej strony bardzo często nic nie widać blizko guza, a z drugiej lampka wpycha się w ścianę pęcherza i przypieka ją, co chorzy dotkliwie odczuwają. Modyfikacya Lohnsteina, bardzo praktyczna i użyteczna, polega na tem, że lampka znajduje się nie na końcu optycznego pręta, lecz bliżej pętli, przez co unika się wspomnianych niedogodności i operuje bardzo wygodnie. (Med. Klin. 1909, Nr 41). K.

Kamienie dróg moczowych nie występują prawie nigdy w okolicach, w których endemicznie panuje matołectwo, i naodwrót w okolicach, gdzie często spotyka się kamienie, matołectwo należy do wyjątków. Zdanie to, wypowiedziane już dawniej, potwierdzają w zupełności obecnie Küttner i Weil. Udało się wykazać, że formacye jurajskie

i kredowe usposabiają do kamicy, gdy matołectwo prawie nigdy na nich nie występuje endemicznie. (Bruns Beitr. 1909, 63. II.). K,

Przyrząd do wygodnego wyjaławiania cewników. pokrywania ich odrazu jałową maścią i jałowego ich przechowywania podał Herring z Londynu. Przyrząd ten wyrabia firma Leitera — Wiedeń. (Med. Klin. 1909, Nr 40). A.

Przy zwężeniach cewki moczowej poleca Trautmann jako środek pomocniczy obok miejscowego leczenia śródżylne wstrzykiwania fibrolizyny. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1909, 16. IV.). A.

U matołków (3 dzieci) uzyskał Bramann wybitną poprawę co do mowy i inteligencyi przez wszczepienie (przed rokiem) gruczołu tarczowego w jamę szpikową kości piszczelowej. (Deut. med. Wochs. 1909, Nr 40). A.

Wpływ formacyi geologicznych na występowanie wola badał Bläuel z kliniki Brunsa, lecz nie zdołał stwierdzić żadnego stałego stosunku. (Münch med. Wochs. 1909, Nr 1). A.

Zwierzęta połączone ze sobą sztucznie (parabiosis) nie posiadają bezpośredniej komunikacyi drogą naczyń krwionośnych. Przekonali się o tem Cristea i Denk zapomocą wstrzykiwania do naczyń krwionośnych jednego z połączonych zwierząt, hirudyny, wywołującej, jak wiadomo, wstrzymanie krzepliwości krwi. U drugiego zwierzęcia krzepliwość krwi pozostała niezmieniona. (Med. Klinik 1910, Nr 4). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 7. marca 1910.

1) Czł. Cybulski przedstawia pracę własną p. t.: **O stosunku prądów czynnościowych do stanu czynnego mięśnia.**

Na podstawie doświadczeń, wykonanych na sercu i mięśniu łydkowym żaby zapomocą galwanometru strunowego, stwierdza autor, że zmiana elektryczna, występująca w postaci obniżenia potencyału, zwykle poprzedza właściwy stan czynny, wyrażający się zmianą kształtu mięśnia. Jest to zjawisko chwilowe, trwające bardzo krótko i całkowicie przypadające na okres utajonego podrażnienia. Podczas właściwego stanu czynnego potencyał mięśnia wraca zazwyczaj do stanu pierwotnego. Z doświadczeń autora wynika, że powszechnie przyjęte mniemanie, jakoby każde miejsce czynne tkanki było ujemne w porównaniu do miejsc pozostających w spoczynku, nie jest zgodne z prawdą. Ujemność bowiem jest tylko objawem chwilowym, niejako momentem przygotowawczym, który poprzedza właściwy stan czynny, podczas właściwego zaś stanu czynnego czynna tkanka może nietylko nie być ujemną, ale nawet stać się dodatnią.

2) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Seweryna Udzieli p. t.: **O układzie limfatycznym larwy salamandry plamistej.**

3) Czł. M. Siedlecki przedstawia pracę p. Witolda Staniewicza p. t.: **Badania doświadczalne nad trawieniem tłuszczu u wymoczków.**

4) Czł. A. Wierzejski przedstawia pracę p. Stefana Kopcia p. t.: **O morfologicznych i histologicznych skutkach kastracyi i transplantacyi u motyli.**

5) Czł. E. Godlewski przedstawia pracę p. Heleny Krzemieniewskiej p. t.: **Wpływ składników mineralnych pożywki na rozwój azotobaktera.**

(Prócz tego przedstawiono 3 prace, których przedmiot przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 2. marca 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 36.

1) Kol. Eisenberg przedstawia **preparaty z przypadku zgorzeli prącia**, spostrzeganego na oddziele Prym. Borzęckiego. Preparaty, wykonane metodą tuszową, okazują liczne krętki (różne od krętowłosa bladego), zaś zabarwione według metody Giemsy, oprócz tego dość liczne sierpowate bakterye typu prątków wrzecionowatych (Corynebact. fusiforme, Bac. fusiformis ant., wrzecionowce Serkowski). Obraz ten spostrzegany bywa w przypadkach zgorzelinowego zapalenia gardła (angina Vincenti), zgorzeli policzków (noma), dzięgny, zgorzeli szpitalnej; Prof. Bujwid spostrzegał go w plwocinie przy zgorzeli płuc, jak pokazuje to mikrofotogram z przed lat 15. Wszystkim tym sprawom wspólna jest zgorzel cuchnąca, co tłómaczy się gnilnym rozpadem białka, wywoływanym przez beztlenowce, wywołujące te sprawy, a spostrzeganym także i w hodowlach sztucznych. (Streszczenie własne).

W dyskusyi Prym. Borzęcki nadmienia, że chory dotyczący, przyjęty w dniu dzisiejszym, podaje, iż sprawa rozpoczęła się przed 2 tygodniami bez wiadomej mu przyczyny. Sprawa chorobowa przedstawia się jako zgorzel wilgotna, zajmująca napletek, który uległ częściowemu zniszczeniu. Przypadków zgorzeli tej postaci na częściach rodnych — bądź jak w danym przypadku z zajęciem skóry prącia, czy moszny — u ludzi przeważnie w młodszym wieku spostrzegał kol. B. kilka; jeden z nich dotyczył dziewczyny 17-letniej. W żadnym przypadku zgorzel nie zajęła ciał jamistych, jąder. Przy leczeniu przeciwgnilnem udawało się w krótkim czasie ograniczyć sprawę. Przyczyny w żadnym ze spostrzeganych przypadków nie można było wykazać. (Streszczenie własne).

Kol. D. Hirsch wspomina o podobnym przypadku ze swej praktyki.

2) Kol. Radliński przedstawia dziecko 2-letnie, któremu drogą **nacięcia przełyku** (oesophagotomia) usunął monetę dwuhalerzową, tkwiącą w przełyku na poziomie górnego brzegu mostka od 2 tygodni. Zasadniczo stosowana w klinice krakowskiej w przypadkach ciał obcych przełyku ezofagoskopia nie dała w tym przypadku wyniku pomyślnego, ponieważ rurka ezofagoskopu po wprowadzeniu do ciasnego dziecinnego gardła zatykała wejście do dróg oddechowych i występowało uniemożliwiające potrzebne rękoczyny duszenie się. Przypadek, interesujący ze względu na pomyślny przebieg, pomimo, iż należał do tak zw. »zaniedbanych« (2 tygodnie), jak również przez nieznaczność objawów miejscowych i ogólnych podczas 2-tygodniowego pozostawania monety w przełyku — stan ogólny dziecka był bezgorączkowy, dobry, połykanie możliwe, coprawda tylko płynów. (Streszczenie własne).

3) Kol. Morawski przedstawia chorą po **cięciu cesarskiem pozaotrzewnem** spos. Sellheima i podnosi zalety tej metody w przeciwieństwie do cięcia cesarskiego klasycznego, z których najważniejszą jest ominięcie jamy otrzewnej i ewentracyi tak wielkiej powierzchni otrzewnej, jaką przedstawia wytoczona przed powłoki brzuszne macica przy cięciu cesarskiem klasycznem. Powikłania, podczas operacyi zachodzące, jak otwarcie otrzewnej na małej przestrzeni i pęcherza, dadzą się przy dobrej technice ominąć, a w danym razie natychmiastowy szew zapobiega szkodliwym skutkom. (Streszczenie własne).

W dyskusyi Prof. Braun zapytuje prelegenta, jakie było wskazanie do przedstawionego cięcia cesarskiego pozaotrzewnego, o czem prelegent wspomnieć przeoczył. Jak wiadomo — z chwilą kiedy Saenger podał szew maciczny — cięcie cesarskie uległo przez to takiemu ulepszeniu, że zdawało się, iż w cięciu cesarskiem Saengera nic się już poprawić nie da. Tymczasem pokazało się, że jeszcze pewne modyfikacye dadzą się przeprowadzić, i tak aby zmniejszyć

krwotok po przecięciu macicy i ułatwić zagojenie się doraźne rany macicznej podał Fritsch radę, aby macicę otwierać cięciem poprzecznem w dnie macicy, a nie jak dotąd przecinano macicę podłużnie, następnie w najnowszych czasach starano się rozszerzyć wskazanie cięcia cesarskiego zachowawczego i na te przypadki, gdzie jest wskazanie względne do cięcia cesarskiego, a tego ostatniego nie można wykonać z powodu zakażenia macicy. Dotąd cięcie cesarskie zachowawcze wykonywano tylko w przypadkach aseptycznych, — jeżeli zaś był przypadek nieczysty, to choć było wskazanie względne do cięcia, nie wykonywano go z powodu infekcyi. Otóż toczą się obecnie doświadczenia, czy w takich przypadkach nieczystych nie dałoby się zastosować cięcie cesarskie zachowawcze, ale wykonane bez otwarcia jamy brzusznej czyli zewnątrzotrzewne. (Str. własne).

Kol. Morawski podnosi, że zakażenie może już objawiać się (gorączka, dreszcz), albo może dopiero być zaszczepione przez badanie wewnętrzne, więc jest poniekąd pojęciem względnem. Cięcie cesarskie klasyczne jest przeciwwskazane po częstych badaniach wewnętrznych i po pęknięciu pęcherza, przy cięciu pozaotrzewnem względy te nie wchodzą w grę. Dalej cięcie pozaotrzewne ma tę ogromną wyższość nad klasycznem, że przy pierwszem pozostawia się poród siłom natury dopóty, aż nie wystąpi wyraźne wskazanie do operacyi ze strony matki lub płodu, i przez to zdarza się czasem, że przy dużem zwężeniu miednicy, dzięki znacznej adaptacyi kości czaszki płodu, poród odbywa się siłami natury; przy cięciu klasycznem absolutnie tak długo czekać nie wolno. (Streszczenie własne).

Kol. Braun podnosi jeszcze, że przypadek przedstawiony kwalifikował się raczej do cięcia dawnego wśródotrzewnego, bo rodząca czekała na poród w klinice, nie była badana, a zatem czysta — chyba że skrupulatnie traktując ten przypadek uznano, że po otwarciu pęcherza mogło z pochwy nastąpić zanieczyszczenie.

4) Prof. Gliński przedstawił narządy jamy brzusznej ze zwłok 30-letniego mężczyzny (P. S. 172, 1910), przed 3 tygodniami operowanego z powodu zapalenia **wyrostka robaczkowego.** Przebieg pooperacyjny początkowo był zupełnie gładki i dopiero w ostatnich dniach wystąpiły ciężkie objawy ropnicze; 1. marca zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne stwierdziło, iż rana operacyjna zachowywała się zupełnie prawidłowo, w okolicy kątnicy wytworzyły się zrosty, odgraniczające tę okolicę od reszty jamy brzusznej. W jednej z gałązek żyły krezkowej w sąsiedztwie kątnicy znajdował się skrzep stary, przechodzący w dalszym ciągu aż do głównego pnia żyły krezkowej górnej i do żyły wrotnej, wnikający także do jednej z gałęzi, wyprowadzających krew z dolnej części jelita czczego. Skrzep ten na rozległej przestrzeni uległ ropnemu rozmiękczeniu, co dało powód do niezliczonej ilości ropni wśród miąższu wątroby i do ropnego zapalenia ścian dolnego odcinka jelita czczego; to ostatnie zapalenie przeniosło się na otrzewnę, powodując obraz zupełnie świeżego rozlanego zapalenia otrzewnej. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na stosunkowo rzadkie zejście zapalenia wyrostka robaczkowego, które dało powód do »thrombophlebitis purulenta mesaraica« ze wszystkiemi następstwami i do zejścia śmiertelnego, mimo należycie wykonanego zabiegu operacyjnego i mimo zupełnie dobrego gojenia się samej rany. Obraz anatomiczny przemawia za tem, że operacya wykonana nieco wcześniej (przed zakażeniem skrzepu w żyle krezkowej) byłaby uratowała życie choremu. (Streszczenie własne).

W dyskusyi omawia Prof. Kader stronę kliniczną przypadku. K. operował w tym przypadku z rozpoznaniem »appendicitis acuta cum peritonitide diffusa«. Usunął wyrostek robaczkowy, ranę sączkował gazą[1]). Po tygodniowym pomyślnym przebiegu wystąpiły podniesienia ciepłoty, żółtaczka, objawy wzmagającego się zatrucia septycznego, któremu chory w końcu uległ. Przypadek należy do niestety u nas tak często skierowywanych do operacyi za późno. K. wspomina jeszcze o kilku przypadkach zapalenia wyrostka, operowanych w ostatnich tygodniach i okazuje wyrostek robaczkowy, zawierający pestki od winogron, z odleżynami na śluzówce, blizkiemi przedziurawienia, wydobyty u słuchacza medycyny, który wśród bardzo nieznacznych objawów bolów, usadowionych nie w okolicy kątnicy, ale bliżej ku śródbrzuszu (K. podnosi ten objaw charakterystyczny) i nieznacznego podniesienia ciepłoty bez wyraźnych objawów otrzewnych zachorował na 30 godzin przed operacyą. Wynik pomyślny. K. jest bezwzględnym zwolennikiem zabiegu wczesnego. (Streszczenie własne).

5) Przewodniczący 1) wita, jako gościa, kol. Veselyego z Luhaczowic, 2) zawiadamia, iż kol. Rosenhauch został przy głosowaniu przyjęty do Towarzystwa.

6) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

7) Na wniosek Prof. Glińskiego i Kadera odłożono odczyt r. dw. Prof. Browicza do następnego posiedzenia.

8) Przewodniczący zagaja dyskusyę nad odczytem kol. Blassberga: **O t. zw. artrytyzmie.**

Kol. Eisenberg krytykuje nieścisłość pojęcia artrytyzmu, jak się ono zarysowuje w poglądach autorów francuskich z mnóstwem cech niestałych. Także i twierdzenia co do dziedziczności tej skazy nie wydają mu się dostatecznie uzasadnione, wobec braku statystyk kontrolnych u zdrowych, a nadto wobec nierozwiniętego stanu genealogii lekarskiej wogóle. Wobec blizkiego związku, przyjmowanego przez autorów (Moro, Escherich) między skazą wysiękową wzgl. limfatyzmem, a zołzami, możnaby może wytłómaczyć rzadkie występowanie cięższych postaci gruźlicy u artrytyków (o ile ta pewna odporność naprawdę istnieje), tem, że ludzie tacy, nabywszy w wieku dziecięcym lekkie zakażenie gruźlicze w myśl nowszych badań, potem okazują pewną odporność wobec zakażeń powtórnych, o ile te nie są zbyt ciężkie. (Streszczenie własne).

Prof. Lewkowicz wskazuje, że gdy pojęcie skazy we Francyi stale się utrzymywało, w Niemczech pod wpływem powagi Virchowa, który wypowiedział twierdzenie, że niema skaz, istnieją tylko choroby komórek, starano się to pojęcie wyłączyć. Obecnie znów do tego pojęcia powracają także i Niemcy, a trzeba podnieść na chwałę pedyatryi, początek do tego dał profesor pedyatryi we Wrocławiu, Czerny, określając ściśle pojęcie kliniczne skazy wysiękowej. Skaza ta niewątpliwie wchodzi w skład francuskiego pojęcia artrytyzmu. Może się ona kombinować z innemi zboczeniami, zasadniczo jednak, według Czernego, wbrew temu, co mówił kol. Eisenberg, należy ją oddzielić od limfatyzmu, czyli stanu ciastowatego. Skaza wysiękowa cechuje się skłonnością do spraw wysiękowych na błonach śluzowych i skórze, limfatyzm tymczasem ciastowatem wejrzeniem, czyli pewną szczególną odmianą otyłości, oraz przerostem migdałków, grudek chłonnych, grasicy i śledziony. Dla obu spraw wspólnem ma być pewne zaburzenie w gospodarce tłuszczu (a nie ciał purynowych!) i można na nie wpływać korzystnie odpowiednią dyetą, ubogą w tłuszcz i nie tuczącą. Prof. Chlumskyemu odpowiada L. że próby tuberkulinowe należy uważać za zupełnie pewne, jeżeli się nie używa próby Moro, najmniej czułej, ale zaczyna od próby Pirquetowskiej pełną tuberkuliną i przechodzi w razie jej ujemnego wyniku do wstrzyknięcia podskórnego w celu stwierdzenia odczynu wkłucia. Kol. Borzęckiemu zaś, że w przypadkach gruźlicy daleko posuniętej próby rzeczywiście mogą wypaść ujemnie, co jednak nie umniejsza ich znaczenia rozpoznawczego. (Streszczenie własne).

R. dw. Prof. Wicherkiewicz: Artrytyzm i w oku objawiać się może pod najrozmaitszemi postaciami, a odznaczają się one wszystkie przebiegiem bardzo powolnym. Zda-

[1]) Przy operacyi stwierdzono w jamie brzusznej naloty ropno-włóknikowe i skleiny; przy badaniu pośmiertnem już ich nie było — być może zniknięcie to jest wyrazem leczniczego wpływu zabiegu i surowicy przeciwpaciorkowcowej.

rzają się zapalenia spojówki bez wydzieliny. Cała spojówka przekrwiona, a w gruczołach Meiboma występują przez spojówkę przebijające złogi dnawe. I rogówka w postaci zapaleń powierzchownych bez unaczynienia, lub z małem tylko, ulega wpływom artrytyzmu. Dalej zachodzą zapalenia tęczówki, jako przewlekłe surowicze lub plastyczne. Na twardówce pojawiają się guzy już to na powierzchni, jako t. zw. »scleritis tuberosa«, już na tylnej powierzchni, a w tym przypadku pozorować mogą albo narośle, albo odczepienia siatkówki. I zmiany siatkówkowe, zwłaszcza w postaci wynaczynień i przewlekłe zapalenia pochewki nerwowej z uciskiem na nerw wzrokowy nie należą do wyjątków co do etyologii skazy moczanowej. Może najczęściej jednak z wszystkich ocznych chorób wywołaną bywa zmianami artrytycznemi w tkankach gałkowych jaskra. Łatwo to pojąć, gdy sobie przypomnimy, iż samo ciałko rzęskowe, będące siedliskiem zmian dnawych, przez swe powiększenie i ucisk na drogi odpływowe, a dalej zatkanie kanału Schlemma złogami dnawymi, mogą napady jaskry wywołać wzgl. podtrzymywać. To też nic dziwnego, iż dawniej tę właśnie chorobę nazywano »ophthalmia arthritica«. Że skaza moczanowa niejednokrotnie wpływa na powstanie jaskry, to zdaniem W. nie ulega wątpliwości, lubo często i inne choroby konstytucyjne, jak kiła, cukrzyca, także ją wywołują lub w powstaniu jej wraz z artrytyzmem współzawodniczą, a uwzględnienie tych okoliczności usuwa rozwój jaskry, gdy dobrze wykonana operacya często nie była w stanie rozwoju powstrzymać. Na poparcie twierdzenia przytacza W. przypadki z praktyki (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają jeszcze głos: Prym. Borzęcki, Prof. Chlumsky, kol. D. Hirsch.

Kol. Blassberg w odpowiedzi kol. Prof. Chlumskyemu i D. Hirschowi zaznacza, że artrytyzm nie wyłącza gruźlicy, lecz że gruźlica ma się, zdaniem klinicystów francuskich, rzadziej u artrytyków pojawiać i zwykła u nich łagodniej przebiegać. Temu należy może przypisać zjawisko, podnoszone przez Sokołowskiego, że u ubogich żydów, żyjących w złych warunkach higienicznych, sprzyjających gruźlicy, mimo to gruźlica jest rzadsza. W odpowiedzi kol. Eisenbergowi zaznacza, że wprawdzie klinicyści, zdaniem biologów, popełniają, słusznie czy niesłusznie, błąd, przez przyjmowanie dziedziczności zmian nabytych, ale sprawa ta przy artrytyzmie nie ma zasadniczego znaczenia, bo chodzi tu tylko o wrodzone stany, oraz o pojawianie się ich u licznych członków i pokoleń »rodziny«, klinicznie pojętej. Nadto podnosi B., że francuskiego artrytyzmu nie należy pojmować jako oddzielnej jednostki klinicznej, o wrzekomo nieuchwytnych objawach, lecz jest to cała grupa chorobowa o wspólnem znamieniu wrodzonego zaburzenia przeróbki materyi. W tym względzie schodzą się pojęcia francuskie z nowoczesnemi pojęciami klinicystów niemieckich, którzy coraz częściej podnoszą, że trudno przyjąć oddzielnie istniejące zaburzenia jednostronne przemiany materyi, np. purynowej, lub szczawianowej, zaburzenia wyłączne asymilacyi węglowodanów, tłuszczów i t. p., lecz że te poszczególne zaburzenia są tylko przejawami lub następstwami jednego ogólnego stanu wadliwego przeróbki materyi. Czerny, Feer i inni wprowadzają »skazę wysiękową« właśnie jako wyraz zaburzeń przemiany materyi u dzieci, które to pojęcie odpowiada francuskiemu artrytyzmowi, dla odróżnienia od zołzów czyli limfatyzmu natury gruźliczej. Z Polaków bardzo dobitnie podnosi to w swoich pracach Prof. Biernacki we Lwowie, który na podstawie ścisłych badań przemiany materyi dochodzi do wniosku, że nerwice czynnościowe nie są niczem innem, jak tylko wyrazem zaburzeń przemiany materyi. Ten pogląd zaznacza się również u Krafft-Ebinga, a w nowszych czasach u Bernheima i innych klinicystów. (Streszczenie własne).

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 1. lutego 1910.

1) Neugebauer przedstawił **wrzekomego obojnaka o płci zapoznanej** (erreur de sexe). 28-letnia wieśniaczka okazała się mężkim spodźcem (kryptorchismus dexter, hypospadiasis peniscrotalis). Siostra chorej zmarła na gruźlicę. N. jest zdania, że konicydencya wrzekomego obojnactwa z gruźlicą nie jest bynajmniej przypadkowa, a że zarówno gruźlica, jak i wrzekome obojnactwo są wyrazem zwyrodnienia ogólnego; — dążeniem przyrody jest, aby osobnik upośledzony nie mógł pozostawiać po sobie potomstwa.

2) Puławski: **Rokowanie i leczenie w chorobie Gravesa** (Basedowa). P. omówił najważniejsze objawy choroby, którą proponuje nazywać chorobą Gravesa, gdyż bezstronne przejrzenie aktów historyi tej choroby wykazuje, że pierwszym, który ją z całą świadomością opisał, był Robert Graves. P. opiera się nietylko na danych z piśmiennictwa, ale i na własnych 75 przypadkach, spostrzeganych w Nałęczowie w ciągu lat 7, a po części na 251 przypadkach, spostrzeganych w latach poprzednich przez lekarzy Nałęczowskich.

Z trójcy objawów klinicznych uważa P. za główny przyspieszenie tętna. Z innych objawów za najczęstsze uważa drżenie, wychudnienie, uczucie gorąca i obrzęki. Co do patogenezy choroby Gravesa, to za najprawdopodobniejszą uważa P. hypotezę Santhiers-Moebiusa, uzależniającą chorobę Gravesa od nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego. Chorobę Gravesa charakteryzują częste nawroty, jest ona nader przewlekła, a przypadki zupełnego wyleczenia należą do rzadkości.

Leczenie polega na psychoterapii, spokoju, odżywianiu, stosowania arszeniku, elektroterapii i hydroterapii. P. zastanawia się dłużej nad zupełnie u nas zaniedbanem leczeniem chirurgicznem (strumektomia). Leczenie to w rękach pierwszorzędnych chirurgów (głównie Kochera) daje znakomite wyniki, przy małej odsetce śmiertelności ($3^1/_2$% według ostatniej statystyki Kochera). W końcu omawia P. leczenie promieniami Röntgena, które należałoby jeszcze więcej wypróbować.

W dyskusyi zaznacza Pawiński, że przyspieszenie tętna uważa za objaw najpierwszy i najpewniejszy w chorobie Gravesa. Przypomina sobie przypadek, gdzie po roku niczem niewytłómaczonego przyspieszenia tętna wystąpiły objawy choroby Basedowa. Co się tyczy operacyi, to tam, gdzie niema ucisku ze strony gruczołu tarczowego, nie należy się spieszyć z operacyą, gdyż niezawsze po usunięciu wola znikają objawy chorobowe.

Kryński podkreśla, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia chirurgia osiągnęła w leczeniu choroby Gravesa wyniki, więcej, niż zachęcające, jak tego dowodzą zestawienia wyników operacyjnych chirurgów, rozporządzających wielkim tego rodzaju materyałem, jak Kocher, Riedel, Landström, Rehn. W tych wszystkich przypadkach, gdzie pomimo leczenia tętno się nie zwalnia i wynosi około 100 i wyżej, gdzie obwód szyi, choć powoli, lecz stale wzrasta, gdzie dołączają się objawy oczne, tam należy stanowczo przejść jaknajprędzej do zabiegu operacyjnego. Niestety pogląd ten u nas ma dotychczas bardzo niewielu zwolenników pomiędzy internistami.

Czarkowski Józef podaje, że w ostatnich latach spostrzegał 5 przypadków choroby Gravesa, operowanych przez siebie. Wynik zabiegu był świetny. Wybitna poprawa nastąpiła zaraz po operacyi.

Dydyński zwraca uwagę na przestrach, który w etyologii choroby Basedowa odgrywa znaczną rolę. Co się tyczy chirurgicznego leczenia, to widział wielu chorych Kochera podczas pobytu u niego w zakładzie. Zaznacza, że Kocher przed operacyą stosuje fosforan sodowy w ilości 6 do 8 grm. dziennie w ciągu miesiąca. W przypadkach Kochera poprawa następowała, wbrew temu, co spostrzegał Czarkow-

ski, dopiero w jakiś czas po operacyi, a nie zaraz bezpośrednio po zabiegu.

Jakowski zabiera głos w sprawie stosowania w chorobie Gravesa przetworów grasicy. Od kilku lat stosuje te przetwory i conajmniej w 10 przypadkach widział wyraźną poprawę.

Sawicki Bronisław podkreśla, że na sprawę operacyjnego leczenia choroby Gravesa zapatrują się w Niemczech dość sceptycznie. Przytacza swój przypadek, gdzie operował chorą z powodu wola, a w $^1/_2$ roku potem u chorej tej rozwinęła się typowa choroba Gravesa. Tad. Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

XIII ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie połączonych wydziałów lekarskiego, przyrodniczego i farmaceutycznego w dniu 24 kwietnia (7 maja) 1909 roku.

Obecnych członków 27, gości 5; przewodniczący prezes prof. Zaleski. Protokóły z posiedzeń 20 lutego (5 marca) i 13/26 marca 1909 r. przyjęto.

Prezes podaje do wiadomości, że odczyt p. Barylskiego, wobec choroby prelegenta, dojść do skutku nie może.

I. Dr Eliasson odczytuje rzecz p. t.: **Nowa metoda badań za pomocą odruchów warunkowych i zastosowanie jej do badania narządów zmysłowych (słuchu).** We wszystkich dziedzinach wiedzy przyrodniczej istnieje oddawna ściśle przedmiotowa metoda badania. Wyjątek stanowi dziedzina, zajmująca się badaniem czynności wyższych ośrodków, oraz narządów zmysłowych zwierzęcia. Krok naprzód stanowi metoda odruchów warunkowych. Punktem wyjścia było dawno znane w nauce i w życiu powszedniem zjawisko wydzielania się śliny psychicznie. Taki ślinotok uważa prof. Pawłow za odruch. Lecz odruch ten warunkowy odznacza się pewnemi właściwościami, które odróżniają go od zwykłego odruchu; aby ten odruch przyszedł do skutku, potrzebne są pewne szczególne warunki, gdy natomiast zwykły, znany nam odruch jest bezwarunkowy. Aby otrzymać odruch warunkowy, niezbędne jest wywołanie odruchu bezwarunkowego. Drugą oznaką odruchu warunkowego jest nietrwałość — gaśnięcie odruchu warunkowego. Gaśnięcie ma ogromne znaczenie dla ustroju. Dla utworzenia się odruchów warunkowych niezbędne jest jednoczesne podrażnienie dwóch ośrodków kory: ślinowego i jeszcze jakiegokolwiekbądź (np. słuchowego, wzrokowego). Wtedy toruje się pomiędzy niemi droga (Bahnung). Dzięki temu wszelkie zjawisko świata zewnętrznego może stać się czynnikiem, wywołującym ślinotok. Bołdyrew np. otrzymał ślinotok na dźwięk dzwonka. Odruchy warunkowe mają być nietylko ślinne, lecz i odruchowe, ale znaczenie metodologiczne posiadają tylko odruchy warunkowe ślinne. Po wyrobieniu warunkowych, u 4 psów na różne dźwięki, autor zajął się zbadaniem, jak odróżniają psy tony muzyczne; okazało się, że dźwięki, różniące się nawzajem o $^1/_2$ tonu, psy odróżniają. Odruch ślinny na dźwięk, który specyalnie kombinowano z wlewaniem roztworu kwasu solnego lub karmieniem proszkiem mięsnym, autor nazywa głównym. Odruchy na inne tony nazywa autor dodatkowymi. Odruchy dodatkowe mogą być otrzymane na dźwięki, różniące się od tonu głównego nie więcej niż $1^1/_2$ oktawy. Jeżeli robić z psem doświadczenia w ten sposób, żeby ton główny ciągle łączyć z wlewaniem kwasu solnego lub karmieniem proszkiem mięsnym, a inne tony puszczać w ruch, nie kombinując ich, to w ciągu kilku dni odruchy dodatkowe znikają, tj. ślina wydziela się wyłącznie na ton główny i słuch psa zdaje się absolutnym. To udoskonalenie trwa bardzo długi czas. Doświadczenia z melodyą dały następujące wyniki: 1) pies odróżnia prawdziwą melodyę od fałszywej, 2) pies wyróżnia ton, na który otrzymywał kwas solny lub proszek mięsny, w szeregu innych tonów, tworzących melodyę. Postronne dźwięki hamują odruch warunkowy. Hamowanie jest tem większe, im większa jest siła dźwięku postronnego. Dźwięk muzyczny hamuje odruch warunkowy w większym stopniu, niż dźwięk niemuzyczny. Jeżeli wyrobić odruch warunkowy na pewien dźwięk i potem doświadczeń zupełnie zaprzestać, to po upływie roku odruch warunkowy jeszcze nie znika. (Streszczenie własne).

Dyskusya: — Prof. Zaleski zaznacza, że wpływy odruchowe inne, jak np. narządu powonienia dawno już są znane i dawno już były badane. Byłoby do życzenia, żeby prelegent zechciał przeprowadzić pewną równoległą między swemi zupełnie nowemi badaniami odruchowemi co do narządu słuchu i dawnemi, co do odruchów innego charakteru i pochodzenia. — Dr. Wierciński mówił mniej więcej w tymże kierunku i przytoczył odpowiednie przykłady. — Prof. Merczyng zaznacza na wstępie, iż nie jest lekarzem i nie zna fizyologii, więc może zrobić tylko kilka uwag z punktu psychofizyki. Fechner, jak wiadomo, wykrył prawo, iż jeżeli podrażnienie wzrasta w stosunku geometrycznym, to odczuwanie (percepcya) rośnie tylko w stosunku arytmetycznym. Wobec tego byłoby rzeczą zajmującą sprawdzić, czy odczuwanie różnych tonów, zaznaczone w pracy prelegenta, nie daje możności zbadać, o ile dla różnych tonów zależność psychofizyczna zmienia się u zwierząt. — Prelegent odpowiada, iż różnicy w percepcyi nie zauważył. — Profesor Merczyng przypomina, iż w tej sprawie wyszła praca z pracowni prof. Mierzejewskiego, której autor dowodził, iż różnicę w percepcyi zauważył; nie pamięta tylko nazwiska autora. — Dr Sowiński: Czytając część ogólną i zastanawiając się nad teoryami, prelegent wyliczał różnych autorów, zupełnie jednak nie wspomniał o znanym polskim fizyologu prof. Popielskim, który również był uczniem Pawłowa. Tem bardziej należało to uczynić, iż obecnie wyszła z jego pracowni praca Dr Mazurkiewicza p. t. »Części stałe i teorya wydzielania soku trzustkowego«. (»Rocznik lekarski«). — Prelegent tłómaczy to opuszczenie tem, iż krytyka poglądów nie wchodziła w zakres jego pracy. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje za zajmujący odczyt.

Druga część odczytu pod tyt. »Przyczynek do sprawy czynności ośrodka słuchowego kory« została odroczona do następnego posiedzenia.

W części administracyjnej posiedzenia 1) dopełniono losowania, z wyniku którego ustępują z komisyi rewizyjnej: Dr. Wierciński i p. Wachowski. Wybory zaś dwóch nowych członków odbędą się na następnem posiedzeniu. 2) Dokonano wyborów na czł. korespondentów »Związku«: Dra Heryngа, Dra Wolfheima i Dra Harajewicza. 3) Prezes podaje do wiadomości, iż w tych dniach odbył się jubileusz 25-letniej działalności członka »Związku« lek. dentysty Totwena, przyczem prezes w imieniu »Związku« złożył jubilatowi pozdrowienia. Przyjęto do wiadomości. 4) Profesor Merczyng odczytuje odezwę z prośbą o przyjęcie udziału w uczczeniu prof. Witkowskiego, mającem się odbyć w dniu, w którym prof. Witkowski wygłosi pierwszy wykład w nowym gmachu. W dniu tym ma być złożony fundusz stypendyjny jego imienia, przeznaczony dla ucznia Uniwersytetu Jagiellońskiego, poświęcającego się specyalnie studyom w zakresie fizyki. 5) Wiceprezes komitetu budowy Szpitala Polskiego podaje do wiadomości, iż przedstawienie operowe dało czystego zysku na rzecz szpitala 1264 rub. 60 kop.; sama zaś p. Sembrich-Kochańska ofiarowała 300 rub. Pieniądze zostały złożone skarbnikowi komitetu budowy szpitala Drowi Hattowskiemu. Prezes w imieniu »Związku« składa podziękowanie: Drowi Zakrzewskiemu i jego małżonce i administratorowi p. Kuźnickiemu. Dr. Zakrzewski dziękuje wszystkim kolegom, którzy raczyli zająć się sprzedażą biletów, a mianowicie: prof. Zaleskiemu, Ziemackiemu, Drowi Popławskiemu, Kozłowskiemu, Wilamowskiemu, Marcinkiewiczowi, Ulińskiemu, Wilamowskiemu, jak również p. Leśniewskiej, pp. Jabłońskim i księgarni polskiej. 6) Prof. Zaleski wnosi, ażeby złożyć podziękowanie w imieniu »Związku« Drowi Chabłowskiemu, który ofiarował 200 rub. na drukowanie prac »Związku«. Uchwalono prosić prezesa o złożenie podziękowania. 7) Prezes podaje do wiadomości

iż naczelnik miasta Petersburga w d. 9 marca 1909 roku zatwierdził odbitkę pieczęci i żetonu »Związku«. 8) Prezes podaje do wiadomości, iż na ostatniem swem posiedzeniu kółko młodzieży polskiej w Akademii lekarsko-wojskowej utworzyło biuro pracy i zwraca się do »Związku« o poparcie. Oferty należy kierować pod adresem stud. Adamowicza, Udzielnyj prosp. Nr. 31. 9) Sekretarz Doc. Sowiński podaje do wiadomości, że obecnie wysłał ostatni protokół do druku za rok ubiegły. Wobec tego, iż każdy protokół bywa drukowany w ilości 200 egz., przeto zapytuje, jak ma postąpić z protokółem roku bieżącego i czy i w tym roku Zgromadzenie upoważnia go do układów z Redakcyą »Przeglądu lekarskiego«. Wobec sprzecznych zdań, wypowiedzianych przez prof. Zaleskiego, Doc. Sowińskiego, prof. Ziemackiego, dra Ulińskiego, uchwalono ostateczną decyzyę odroczyć do następnego posiedzenia. 10) Prezes podaje do wiadomości, iż oddział Banku Warszawskiego w Petersburgu zawiadamia komitet budowy Szpitala Polskiego, iż obecnie na rachunek bieżący będzie liczyć tylko 3%.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Kongres higieny szkolnej w Paryżu. Krajowy Komitet galicyjski, działający w porozumieniu z »Komitetem Towarzystw polskich«, a mający samoistny swój oddział w Krakowie pod przewodnictwem r. dw. Prof. Browicza, ogłasza odezwę, zapraszającą wszystkie krajowe instytucye i towarzystwa, oraz osoby, interesujące się sprawą higieny szkolnej, do udziału w kongresie, który się odbędzie w Paryżu od 2. do 7. sierpnia 1910, i w połączonej z kongresem wystawie, urządzonej w czasie od 2. do 26. sierpnia 1910.

Opłata członka zwyczajnego, którym może być każdy, interesujący się higieną szkolną, wynosi 24 kor., członka nadzwyczajnego (żony i dzieci członków zwyczajnych) 12 kor. Wszystkie francuskie Towarzystwa kolejowe przyznały uczestnikom kongresu 50% opustu na przestrzeni od granicy francuskiej do Paryża i napowrót do tej samej stacyi granicznej. Celem uzyskania takiej zniżki należy wnieść prośbę przed 1. lipca b. r. pod adresem sekretarza generalnego kongresu (Dr L. Dufestel, Paris, Boulevard Magenta 10). Zgłoszenia członków wraz z opłatą mają być przesłane do Paryża najpóźniej do 1. lipca 1910. Druków na zgłoszenie uczestnictwa w kongresie, jakoteż programu kongresu dostarczy na żądanie sekretarz Komitetu krajowego, Dr Adolf Kuhn (Lwów, Namiestnictwo).

Referaty i wykłady na posiedzeniach kongresu mogą odbywać się we wszystkich językach europejskich; Komitet paryski uprasza jednak, aby używano przedewszystkiem języka francuskiego, niemieckiego lub angielskiego. Rękopisy referatów należy do 1. maja 1910 przesłać na ręce sekretarza generalnego (Dr Dufestel); rękopisy te nie mogą zawierać więcej słów aniżeli 5.000, a wraz z niemi należy przesyłać krótkie wyciągi (500 do 1000 słów). Dowolnie zgłoszone wykłady muszą być przesłane generalnemu sekretarzowi do 1. czerwca 1910 w rękopisach o najwięcej 2000 słowach z wyciągiem o najwięcej 300 słowach.

W y s t a w a z k o n g r e s e m p o ł ą c z o n a odbędzie się w wielkim pałacu sztuki (Champs-Elysées, avenue d'Antin). Osoby, instytucye i korporacye, zamierzające wziąć udział w wystawie, zechcą zgłosić się do sekretarza Komitetu krajowego Dra Kuhna o dostarczenie regulaminu wystawy wraz z formularzem na prośbę o przyjęcie przedmiotów na wystawę. Formularze d o k ł a d n i e wypełnione prześlą wystawcy najpóźniej do 15. maja 1910, jeden do paryskiego Komitetu wystawy, drugi pod adresem: Dr Leon Schedlbauer, c. k. radca ministeryalny (Wien I., Minoritenplatz 5), trzeci pod adresem sekretarza Komitetu krajowego Dra Kuhna. Przedmioty należy wysłać do Paryża tak, aby w czasie między 10. a 15. lipca 1910 znajdowały się na stacyi towarowej w Paryżu. Wystawcy ponoszą koszta sporządzenia przedmiotów wystawowych, opakowania i przesyłki ich do Paryża, a z powrotem od granicy francuskiej do miejsca pochodzenia (przewóz koleją z Paryża do granicy francuskiej będzie bezpłatny), koszta przewiezienia ze stacyi towarowej w Paryżu do pałacu wystawy i napowrót, koszta rozpakowania i ponownego zapakowania, ustawienia w gmachu wystawy, wreszcie opłatę miejsca na wystawie (za 1 m^2 powierzchni poziomej 38 kor. 40 h., za 1 m^2 powierzchni na ścianie 24 kor.).

Odezwę krajowego Komitetu podpisali: przewodniczący Dr Ignacy Dembowski, wiceprezes honorowy austr. Komitetu dla kongresu higieny szkolnej w Paryżu, i sekretarz Dr Adolf Kuhn, c. k. krajowy inspektor sanitarny.

Z ramienia »Komitetu Towarzystw polskich« ogłasza redakcya broszury p. t. »Les écoles polonaises et leurs conditions hygieniques« odezwę, w której, wskazując na poważny udział Polski w III kongresie międzynarodowym higienistów szkolnych (jeden referat urzędowy, 12 wykładów, przedstawicielstwo Polski, w stałym Komitecie międzynarodowym, dwóch honorowych przewodniczących sekcyjnych, w publikacyach równouprawnienie z organizacyami państwowemi), pisze, co następuje: »Za najważniejszy jednak szczegół swej działalności uważa Komitet wydanie broszury ilustrowanej o szkolnictwie polskiem, zredagowanej w języku francuskim, a przeznaczonej do rozdania uczestnikom Kongresu i do rozsyłki dla bibliotek, instytucyi naukowych zagranicznych i t. p., tak, że przypuszczalny nakład będzie wynosił 5000 egz. Znakomitym przykładem wydawnictw tego rodzaju są broszury o szkołach szwedzkich i finlandzkich, rozdane na ostatnim Kongresie (w Londynie). Dają one sposobność przedstawienia rzeczy dokładniejszego i bardziej wszechstronnego, niż referaty lub odczyty, również jak i eksponaty na wystawie, poza tem zaś pozostają jako dokument jednolity i trwały. Dla nas zaś broszura ta będzie miała wartość podwójną. Wraz bowiem z przedstawieniem poważnego już dziś dorobku naszego na polu fizycznej strony wychowania, jako tło konieczne do zrozumienia rzeczy damy pogląd na szkolnictwo polskie wogóle, a tem samem na całokształt stosunków, panujących na ziemiach polskich. Ważne swe zadanie spełni broszura tylko wtedy, jeśli redakcya znajdzie odpowiednią pomoc u społeczeństwa. Zwracamy się zatem do wszystkich pp. wychowawców, nauczycieli, lekarzy i przyjaciół młodzieży, aby zechcieli łaskawie: 1) w miarę możności odpowiedzieć na zawarte w dołączonym do odezwy kwestyonaryuszu pytania, i odpowiedzi swe przesłać wprost na ręce redaktora broszury, Dra Eugeniusza Piaseckiego, docenta pryw. uniwersytetu we Lwowie, ul. Trzeciego Maja 2. 2) Odpowiedzi ugrupować w porządku pytań kwestyonaryusza i przy każdej odpowiedzi przytoczyć na czele liczbę pytania. Redakcya pragnie uzyskać jak najwierniejsze tło faktycznego stanu sprawy; na tem tle jednak uwypukli się oczywiście przedewszystkiem szczegóły dodatnie, i dlatego w rzeczach, które ich zdaniem zasługują na podniesienie, pp. współpracownicy uczynią dobrze, przekraczając ramy postawionych pytań. 3) Również niezmiernie wdzięczni będziemy za wszelkie materyały drukowane (broszury, sprawozdania, statuty), plany, szkice sytuacyjne, fotografie i klisze. 4) Prosimy też o podanie, zaraz po otrzymaniu odezwy, adresów innych osób, którym należałoby przesłać kwestyonaryusz wraz z określeniem zakresu ich kompetencyi. Termin ostateczny nadsyłania odpowiedzi: koniec marca b. r. Lista pp. współpracowników będzie umieszczona na wstępie broszury. Pytania w rubrykach IX. i X. kwestyonaryusza (gry ruchowe, boiska) są rozmyślnie traktowane szerzej od reszty, gdyż temat ten ma być, prócz odpowiedniego rozdziału w broszurze, opracowany ponadto we formie odczytu w sekcyi IV. kongresu. Prosimy też o możliwie dokładne wyczerpanie przedmiotu w tym dziale«. Odezwę tę imieniem »Komitetu Towarzystw polskich« podpisali: prezes Prof. Dr K. Twardowski i sekretarz Dr E. Piasecki.

Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych Ameryki półn. są po dziś dzień niejednolite z powodu różnego postępowania różnych Stanów przy nadawaniu prawa praktyki. Ilustracyą tego jest list, skierowany do jednego z kolegów w Galicyi. Autor listu, ukończywszy w Austryi 6 klas gimnazyalnych, przed paru laty dostawszy się do Ameryki, został — asystentem zakładu położniczo-ginekologicznego (zapewne prywatnego), a po d w u latach tego zajęcia został dopuszczony do egzaminów lekarskich, które składał w jednem z wielkich miast wschodnio-amerykańskich (gdzie zatem wymagania są stosunkowo znaczne) — przez tłómacza. Uzyskawszy dyplom, uprawniający do praktyki, przeniósł się do innego Stanu, tam jednak zażądano powtórzenia egzaminów, tym razem po angielsku, albo przedstawienia dyplomu uniwersytetu europejskiego. Otóż autor listu prosi ni mniej, ni więcej, jak, żeby mu wyrobić dyplom austryacki. — Ciekawe jest bądź co bądź, że i dziś jeszcze pomimo znacznego podniesienia się poziomu studyów lekarskich w Ame-

ryce można rzekomo, według twierdzenia autora listu, uzyskać dyplom bez ukończenia studyów średnich, bez studyów przygotowawczych, a tylko po dwu latach praktyki, — w dodatku, składając egzamina przez tłómacza. Ciekawsze zaś jeszcze, że autor listu mniema, iż w Europie można sobie »wyrobić« dyplom bez egzaminów i że nie wie nawet, o ile wyższych kwalifikacyi i o ile dłuższych regularnych studyów trzeba u nas na to, by być do egzaminów dopuszczonym. R.

Miejsce dla lekarza. Mieszkańcy miasteczka Załoziec w powiecie brodzkim w Galicyi, odczuwają brak drugiego lekarza. Miasteczko samo liczy 10.000 mieszkańców, ludność okoliczna zamożna i leczy się chętnie. Oprócz praktyki prywatnej miałby drugi lekarz dochody z praktyki sądowej; w przyszłości spodziewane jest utworzenie okręgu sanitarnego. Ar.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. III. do 19. III. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 2, Barysz 7, Hrehorów 3, Nowosiółka ad Koropiec 1), Czortków (Bazar 1, Czortków 3, Wygnanka 1), Grybów (Czyrna 1), Horodenka (Czortowiec 2), Jaworów (Jaworów 1, Młyny 6), Lisko (Hoszowczyk 2), Nadwórna (Kamienna 2), Peczeniżyn (Ruszor ad Kosmacz 1), Podhajce (Wiśniowczyk 2), Śniatyn (Zabłotów 4, Zebranówka 1, Serafińce ad Kniaże 5), Stanisławów (Stanisławów 1, Knihinin wieś 1), Stryj (Podhorce 1), Tłumacz (Tłumacz 1), Zborów (Kudobińce 1, Grabkowce 2), i o jednym przypadku ospy pow. Drohobycz (Medenice 1). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. III. do 19. III. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 6 † 3), krztuśca 1, nagmin. zapalenia przyusznic 9, płonicy 13 † 1 (4 † 1), odry 1, duru brzusznego 5 † — (3 † —), róży 1 † 1. Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Jak już donieśliśmy, uchwaliła Rada miejska w d. 17. III. b. r. reorganizacyę miejskiej służby zdrowia. Uchwałę, która z nieznacznemi tylko zmianami wprowadza w życie projekt, wypracowany przez miejski Urząd zdrowia, poprzedziła obszerna dyskusya, w której przemawiali: Prof. Pareński, adw. Landau, Prof. Bandrowski, Prof. J. Nowak, Dr Lustgarten, Prof. Bujwid, Prof. Ponikło, adw. Gertler, Prof. Domański i i., a która dowodzi, że reprezentacya miasta przykłada do reform sanitarnych należytą wagę i dokładnie zdaje sobie sprawę ze swoich w tym względzie zadań. Zaznaczyło się to najwybitniej w sprawie ustanowienia lekarzy szkolnych, która zdawała się iść w odwłokę wobec proponowanego we wniosku sekcyi skarbowej odwołania się do pomocy kraju i rządu; tu uczyniła Rada krok niezmiernie doniosły, tworząc lekarzy szkolnych bez względu na te ewentualne subwencye już od 1 września 1910. Należy również podnieść z uznaniem żądanie, podniesione przez wielu mowców, aby jaknajrychlej została opracowana szczegółowa instrukcya dla lekarzy miejskich i szkolnych; naczelny lekarz miasta, Dr Janiszewski, zapewnił, że żądanie to będzie wkrótce spełnione, a zarazem zapowiedział załatwienie sprawy pomnożenia liczby lekarzy policyjnych (rządowych, co przysporzyłoby miastu kilku jeszcze funkcyonaryuszy sanitarnych), oraz sprawy nocnych dyżurów lekarskich (z czem zbiegło się wniesione na temże posiedzeniu Rady podanie Towarzystwa ratunkowego o subwencyę (7200 kor.) na stałe dyżury lekarskie).

Nowy ustrój służby sanitarnej nietylko czyni zadość ustawie, przepisującej jednego lekarza miejskiego na 15.000 mieszkańców (a więc w »Wielkim Krakowie« 9—10 lekarzy), ale licząc się z istotnemi potrzebami miasta na przyszłość, stwarza prócz posady lekarza naczelnego w randze VII, 12 posad lekarskich (9 lekarzy dzielnicowych, 1 asystent Urzędu zdrowia, 1 bakteryolog, czuwający zarazem nad dezynfekcyą, 1 lekarz przytułków miejskich, z tego w randze VIII — 3, w IX — 6, w X — 2, 1 posada kontraktowa z płacą 2400 kor.), nadto 8—10 lekarzy szkolnych (dla szkół ludowych i wydziałowych) z remuneracyą po 1600 kor., wreszcie 9 sanitaryuszy. Posady lekarzy miejskich uchwaliła Rada nadać tymczasowo już od 1. IV. br., oddając nominacye w ręce Prezydenta miasta. — Z uznaniem podnieść należy, że także obecne prowizoryczne obsadzenie posad lekarzy miejskich będzie dokonane drogą publicznego konkursu, którego termin oznaczono do d. 8. kwietnia b. r. włącznie.

— »Lecznica związkowa«, założona przez konsorcyum, złożone z 25 osób, głównie z lekarzy, została poświęcona d. 19. III. b. r. przy udziale zaproszonych przedstawicieli Prezydyum miasta, Wydziału lekarskiego, Towarzystw lekarskich i licznego grona lekarzy, wśród których byli obecni dyrektorzy i prymaryusze szpitali krakowskich, przedstawiciele lekarzy wojskowych i t. d. Po poświęceniu Zakładu przemawiali Prof. Kader, Prof. Cybulski i Dr Kwaśnicki, poczem odbyło się zwiedzanie Zakładu. Lecznica, zbudowana przez arch. radcę Stryjeńskiego, urządzona na 40 chorych, odpowiada istotnie pod każdym względem współczesnym wymaganiom i w niczem nie ustępuje zakładom zachodnio-europejskim ani pod względem komfortu i wygody, ani co do urządzeń lekarskich. Zastosowano w niej mnogie postępowe urządzenia techniczne i zaopatrzono ją we wszelkie środki nowoczesnego leczenia. Lecznica posiada dwie sale do operacyi chirurgicznych, osobną salę opatrunkową, sale porodowe, oddział mechanoleczniczy i ortopedyczny, hydropatyczny, stałą kąpiel, gabinet rentgenowski i elektrodyagnostyczny, oddział do zachowawczego leczenia chorób kobiecych, pokoje do cystoskopii, wziernikowania okulistycznego, cieplarkę dla noworodków i pracownię chemiczno-bakteryologiczną. Jako wyraz postępu i starannego obmyślenia całości i szczegółów tego rodzaju zakładu, zasługiwałaby lecznica na dokładny opis z planami i objaśnieniami fachowemi. Za myśl szczęśliwą uznać należy przyjęcie zasady, że każdy lekarz może w lecznicy umieścić swego chorego, a każdy chory ma zupełną swobodę wyboru ordynaryusza także z poza grona założycieli i stałych lekarzy zakładu. Z tego względu jest nowa lecznica poniekąd instytucyą użyteczności publicznej, dotychczas bowiem niejednokrotnie odczuwać się dawał brak zakładu, gdzieby każdy lekarz mógł pomieszczać chorych, wymagających większych wygód i komfortu, a potrzebujących leczenia zapomocą kosztowniejszych, tylko w zasobnych zakładach istniejących urządzeń.

Dyrekcyę »Lecznicy związkowej« tworzą: Prof. Dobrowolski, Dr Jan Landau i Dr Tymoteusz Piotrowski (kierownik Zakładu). Do Rady nadzorczej wchodzą: Prof. N. Cybulski (prezes), Prof. Kader, Prof. Rosner, Dr Akerman i Dr Mańkowski.

— Dr Szymon Adler, lekarz w Monasterzyskach, obchodzi 21. IV. rzadki jubileusz półwiekowej pracy lekarskiej. Obchodem jubileuszowym zajmuje się komitet pod przewodnictwem Dra Borysiewicza.

Warszawa. Na posiedzeniu naczelnych lekarzy szpitali warszawskich w magistracie w d. 15. III. b. r. uchwalono na stanowisko ordynatora oddziału chirurgicznego w szpitalu Dz. Jezus po ś. p. Karczewskim polecić z pośród 12 kandydatów Dra Fr. Kijewskiego, dotychczasowego ordynatora szpitala św. Rocha; na miejsce po Dr Kijewskim zaproponowano Dra Borsuka, ordynatora szpitala Wolskiego, a na miejsce po Dr Borsuku — Dra Leśniowskiego.

— Prezesem komitetu gospodarczego Zjazdu chirurgów polskich, mającego się odbyć w październiku, jest Prof. L. Kryński.

— Władze szpitalne rozesłały ordynatorom szpitali okólnik, zalecający m. i. rozpoczynanie zajęć szpitalnych przed godz. 10 rano. Okólnik ten, jak podaje »Gaz. lek.« przyjęto wogóle bardzo życzliwie, jako zarządzenie pożądane.

— Komisya Petersburskiego Towarzystwa pedyatrycznego, zajmująca się sprawą ochrony zdrowia dzieci robotników fabrycznych, prosi za pośrednictwem »Gaz. lek.« lekarzy fabrycznych, inspektorów itd., w Królestwie o nadsyłanie danych dla odczytu na Zjeździe Pirogowskim, co do szczegółów następujących: 1) Śmiertelność robotnic z chorób połogowych 2) Śmiertelność dzieci robotnic w 1-szym roku życia. 3) Przepisy, dotyczące robotnic ciężarnych (czy i kiedy zwalniane są od pracy, czy są pozbawione zarobku). Pomoc położnicza. 4) Protektorat dzieci; do jakich robót przyjmowane są ciężarne robotnice; długość połogowej przerwy w pracy. 5) Przytułki dla dzieci w fabrykach. Śmiertelność. 6) Sale do karmienia piersią w fabrykach. 7) »Kropla mleka«. 8) W jaki sposób zachęca się do karmienia piersią. Listy adresować należy: Dr Szengelidze, Petersburg, Gagarinskaja 24.

Z różnych stron. Porządek dzienny ogólnego Zgromadzenia dorocznego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 5/18. III. b. r. obejmował wykłady mag. farm Hoszowskiego: »O solach kwasu celulozo-ksantogenowego i ich zastosowaniu praktycznem« i Prof. Dra S. Zaleskiego: »Badania

nad promieniotwórczością wód mineralnych«, a w części administracyjnej utworzenie Wydziału technicznego Związku, sprawozdanie doroczne i wybory Rady Związku na r. 1910.

Wynik dokonanych na zgromadzeniu tem wyborów jest następujący: Prezesem »Związku« obrany został Prof. Czeczott, skarbnikiem Dr Uliński, bibliotekarzem Dr Jastrzębski; w wydziale lekarskim: wiceprezesem Prof. Ziemacki, sekretarzem naukowym Doc. Sowiński, sekretarzem administrac. Dr Wilamowski; w wydziale technicznym: wiceprezesem inż. jenerał Kątkowski, zastępcą inż. Peretiatkowicz, sekretarzem inż. Kotarski, zastępcą inż. Korsak; w sekcyi przyrodniczej: wiceprezesem: Prof. Merczyng, sekretarzem p. Honowski. Wobec tego, iż inne sekcye niedawno zostały utworzone, wyborów w nich ponownie nie dokonywano. Członkiem honorowym »Związku« został obrany były prezes Prof. Zaleski.

— Zgromadzony dotąd w ciągu 2 lat przez Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu fundusz na budowę szpitala polskiego dochodzi 6000 rb.

— Sprawozdania i rozprawy zeszłorocznego międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie rozesłane zostaną uczestnikom Zjazdu w kwietniu r. b. Oprócz sprawozdań ogólnych i sprawozdań ze swojej sekcyi otrzyma każdy uczestnik dziełko o ochronie dzieci na Węgrzech, wydane przez ministerstwo spraw wewn.

— W Monachium obchodzono 50-letni jubileusz istnienia t. zw. kursu operacyjnego dla bawarskich lekarzy wojskowych Kurs, założony 7. III. 1860 dla kształcenia lekarzy wojskowych w chirurgii polowej, z czasem rozwijał się coraz bardziej i obecnie jest poważną istytucyą, kształcącą lekarzy wszechstronnie, obejmującą nietylko gałęzie medycyny praktycznej, ale i nauki teoretyczne. Kurs ten wykształcił już około 1000 lekarzy wojskowych. X.

Mianowani: Higienista Prof. Neumann z Heidelberga profesorem w Giessen; patolog Prof. Borst z Würzburga profesorem w Monachium; chirurg Doc. Heineke profesorem nadzw. w Lipsku.

Zmarli: Dr Stanisław Steiner, starszy lekarz salinarny, wicemarszałek Rady powiatowej w Wieliczce.

Redakcya otrzymała: Skórczewski: Wpływ kąpieli gazowych mineralnych na krążenie krwi. 1910. — Bujwid: 1) Cholera w Petersburgu. 2) Przenikliwość bakteryi chorobotwórczych do gruntu ze względu na jego porowatość w zastosowaniu do budowy studzien powierzchownych. »Zdrowie« 1909. — Otwarcie nowej kliniki pedyatrycznej Uniwersytetu lwowskiego. Kraków 1910. (Artykuły Prof. Raczyńskiego i Dra Progulskiego). — Grossek: Uwagi o leczeniu ludu. »Głos lek.« 1910. — Witold Orłowski: Rukowodstwo k' kliniczeskomu izsledowaniu moczu. Z. I. Kazań 1910. — Franke: 1) O znaczeniu czynności naczyń obwodowych przy niewyrównaniu krążenia i o t. zw. kompenzacie obwodowej. 2) O leczeniu przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego. »Tyg. lek.« 1909. — Franke i Sabatowski: Über den Nachweis des proteolytischen Fermentes. »Centralbl. f. inn. Med.« 1909. — Korczyński L.: 1) Kilka uwag o rozwoju i higienie narządu krążenia. »Zdrowie« 1909. 2) Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia. Kraków 1910. 3) Ein Beitrag zur Kenntniss der Autointoxicationen vom Intestinaltractus. »Oest. Ärzte-Ztg.« — Regulamin komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. — XXXVII. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1909.

Bibliografia. Behla: **Die Bestätigung der künstlichen Züchtung des Krebserregers sowie weitere geschwulststatistische Mittheilungen über Familien-Ehegatten- und endemischen Krebs.** Berlin 1910, str. 50. Richard Schoetz. 1·50 Mrk.

Autor zyskał pewien rozgłos, jako jeden z bezwzględnych zwolenników i najwytrwalszych szermierzy pasorzytowej teoryi raka, uporczywie obstający przy swoich zapatrywaniach. Zrazu dowodził Behla swojej tezy drogą statystyczną, niewątpliwie w zastosowaniu do etyologii raka i odległą i niepewną. Statystyki bowiem raka, o ile obejmują większy materyał, chromają na punkcie pewności rozpoznania (nawet w Niemczech tylko 2% wszystkich zmarłych bywa sekcyonowanych). A przyjmując nawet wyniki statystyczne i bez tego zastrzeżenia, niema jeszcze żadnej podstawy, by z gromadnego występowania raka w pewnych miejscowościach, domostwach, rodzinach, wnosić, iż te »endemie« są dowodem działania pasorzyta, a nie innych jakichś czynników przyczynowych. Behla zestawia w swojej ostatniej broszurze wszystkie te »endemie«, twierdząc, że prócz »domów rakowych« (Krebshäuser), są nawet mieszkania »rakowe«. W drugiej części broszury streszcza B. wyniki swych prób wyhodowania domniemanych pasorzytów raka; mają nimi być śluzowce (myxomycetes). Wstrzyknięcie hodowli (wraz z tłuczonem szkłem!) do jamy otrzewnej myszy wywoływać miało rozwój guzów, złożonych z rozmaitych tkanek (łącznej, śródbłonkowej i t. p.). B. wysila się na wykazanie zapomocą teoretycznych rozumowań, że guzy te (prawdopodobnie ziarniniaki!) są już dowodem przyczynowej roli owych śluzowców w powstawaniu raka. Z.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Redaktor: Dr D. Sarason, Monachium. 1910. Zesz. III. Lehmann. (Rocznie 16 Mrk.).

Trzeci zeszyt pomysłowego tego wydawnictwa obejmuje przegląd nowszych zdobyczy w nauce o chorobach trawienia, przemiany materyi i krwi. Prof. Fleiner w rozprawce p. t. »Morphologie und Physiologie des Magens und ihr Einfluss auf die funktionelle Diagnostik«, dotknąwszy rozwoju narządu trawienia i jego nerwów, omawia postać, wielkość i położenie żołądka, jego ruchy, wydzielanie soku żołądkowego i trawienie żołądkowe, a następnie kliniczne sposoby badania czynności ruchowej i wydzielniczej żołądka itd. Prof. Lüthje daje rzecz p. t. »Einleitender Überblick über die chemischen und physiologischen Grundlagen der Stoffwechsellehre«, obejmującą sprawę przerobu białek, węglowodanów, tłuszczów, wzajemnego ich stosunku, dynamicznego znaczenia pokarmów i izodynamii, oraz drugą rozprawkę, dotyczącą nowszych badań w zakresie cukrzycy. O chorobach krwi wreszcie pisze Prof. Erich Meyer, rozpatrując sprawę krwistości (plethora) i niedokrwistości, znaczenie określania hemoglobiny, oraz stosunek polycytemii do innych chorób. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 30. marca 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dra R. Spiry: »Choroby uszne a porażenie twarzy«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Mercurocreme pakowano poprzednio 1) w tuby dozwalające użyć dowolną ilość, przeznaczone zatem dla chorych inteligentnych, 2) w paczki podzielone, dla mniej inteligentnych, po 3 gr. $33^1/_3$% kremu.

Na żądanie lekarzy wprowadzono obecnie jeszcze paczki podzielone następująco:

Mercurocreme normale 10 dawek à 3 gr. $33^1/_3$% Hg.
Mercurocreme mite 10 dawek à 3 gr. $22^1/_3$% = 2 gr. $33^1/_3$% Hg.
Mercurocreme forte 10 dawek à $3^1/_2$ 50% = 5 gr. $33^1/_3$% Hg.

Obok tego opakowania pozostawiono także dawne w tubach. L. W.

Salossit. Organiczne, łatwo przyswojeniu ulegające połączenie fosforu z alkaliami ziemnemi (calcium, magnesium) w postaci łatwo rozpuszczalnego przetworu cukru mlecznego, bez smaku. Stwierdzono, że u dzieci zmniejsza się po zażywaniu salossitu pocenie się, tkliwość kości i napady laryngospastyczne, a z czasem znikają te objawy. W przypadkach wybitnych zniekształceń i zgrubień kości w okolicy stawów i przy niedostatecznem skostnieniu zostaje sprawa po kilku tygodniach powstrzymana. Cofanie się sprawy, naogół bardzo powolne, idzie szybkiem tempem po zażywaniu salossitu, szczególniej na żebrach. Zmniejszają się częściowo także zniekształcenia, a wykluwanie się zębów zbliża się do typu normalnego. Podobnie, jak przy krzywicy, działa salossit korzystnie przy zmięknieniu kości. Ms. W.

Nowo-pyrenol. Dr Baedeker. (Aerztliche Rundschau Nr 8, 1910). Nowo-Pyrenol (Neu-Pyrenol) różni się od pyrenolu specyalnym sposobem otrzymywania, skutkiem czego zawiera paradioksybenzol, związek, wywołujący obniżenie ciepłoty, a zarazem przeciwzapalny i wykrztuśny. Wynika z tego, że wartość lecznicza pyrenolu równa się bezwarunkowo wartości Nowo-Pyrenolu, o ile ten ostatni nie przewyższa nawet pyrenolu, znanego ogólnie ze swych wybitnych własności leczniczych. Lecz właśnie zalety pyrenolu stały się powodem licznych bezwartościowych naśladownictw, co spowodowało potrzebę opatentowania tego środka pod nazwą »Neu-Pyrenol«, przyczem równocześnie ulepszono sposób jego otrzymywania, dodając mu czynnik wykrztuśny (związek kwasu tymolobędźwinowego). — Autor stwierdził licznemi doświadczeniami, że Nowo-Pyrenol jest równowartościowym przetworem z pyrenolem, i uważa go za skuteczny w leczeniu odoskrzelowego zapalenia płuc u dzieci, zwłaszcza po chorobach zakaźnych, a także w przypaekach zapalenia opłucnej i dychawicy. Przy stosowaniu Nowo-Pyrenolu stwierdził B. łatwe i szybko występujące wykrztuszanie, lekkie podniecenie czynności serca i działanie kojące. Ze względu, że Nowo-Pyrenol pod wielu technicznymi względami przewyższa pyrenol, zaleca B. stosowanie go w miejsce dawnego pyrenolu.

H. W.

Eglatol. Kilka doświadczeń w cierpieniach umysłowych, Dr Boeker. (Moderne Medizin Nr 11, 1910). Wartość lecznicza eglatolu polega na tem, że przez otrzymanie jego udało się częściowo uwolnić znane połączenie wodnika chloralu z antypiryną od szkodliwych działań ubocznych na serae, zapomocą dołączenia mentolo-uretanu i kofeiny. — Porównując eglatol z wodnikiem chloralu, przekonano się, że 1 gram eglatolu (zawierającego tylko 30% wodnika chloralu) znacznie silniej działa, niż 1 gram wodnika chloralu lub 2 gramy paraldehydu, podawanych jako dawka jednorazowa dla wywołania snu.

Eglatol stosować można niezależnie od rodzaju stanu podrażnienia, jako środek nasenny, a najwyraźniej skuteczność jego ujawnia się w lekkich i średnio-ciężkich stanach podrażnienia. — Szkodliwych działań ubocznych nie zauważono; przytem należy nadmienić, że trująca dawka eglatolu bardzo jest daleką od zwyczajnych, wystarczających dawek, tak że Werner stosował eglatol skutecznie w podrażnieniach średniego stopnia w dawkach 2—3 kaps. przez czas długi. Stosowanie wodnika chloralu w takich ilościach byłoby bardzo niebezpieczne.

Hr. W.

Feolathan. Dr Ruckica. (Z oddz. chor. wewn. Prof. Dra L. Korczyńskiego w Sarajewie). Przyczynek do leczenia żelazem. (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr 4, 1910). Ze względu na uszkodzenia zębów przez przetwory żelaza, podawane w stanie płynnym, zasługują przetwory żelaza w formie stałej na większe rozpowszechnienie. Jeżeli zaś płynne przetwory żelaza częściej od stałych bywają stosowane, to z przyczyny ich łatwiejszego wchłaniania przez żołądek, a udzielenie tej zalety przetworom stałym dotychczas się nie udawało. — W tym kierunku szczęśliwej próby dokonano, otrzymując »Feolathan«. Autor stosował ten przetwór w licznych, a nieraz ciężkich przypadkach niedokrwistości i błednicy i przedstawia liczne historye chorób, z których wynika, że pigułki z feolathanem (wyrabiane w fabryce Goedecke & Co. w Berlinie Nr 24) doskonale przez żołądek i jelita są znoszone, że zawartość hemoglobiny zwiększają na równi z przetworami płynnymi i znacznie podnoszą apetyt. Stosowano 3 razy dz. à 3 pig.

Autor jest zdania, że feolathan w niczem nie ustępuje co do wartości innym przetworom żelaza i zaleca jego stosowanie.

H. W.
